

Universidade de Évora

Mestrado em Políticas de bem-estar em Perspectiva: Evolução, Conceitos e Actores

MEDIO AMBIENTE Y SALUD,
UN CONCEPTO CRÍTICO DE LA SOCIEDAD DEL RIESGO EN EUROPA

VÍCTOR JOSÉ GODOI MILLÁN

Orientadora Doutora Maria de Fátima Nunes Ferreira

Co-orientadora Doutora Josefina Caminal

- Évora, septiembre de 2008 -

Universidade de Évora

Mestrado em Políticas de bem-estar em Perspectiva: Evolução, Conceitos e Actores

MEDIO AMBIENTE Y SALUD,
UN CONCEPTO CRÍTICO DE LA SOCIEDAD DEL RIESGO EN EUROPA

VÍCTOR JOSÉ GODOI MILLÁN



Orientadora Doutora Maria de Fátima Nunes Ferreira
Co-orientadora Doutora Josefina Caminal

168 614

- Évora, septiembre de 2008 -

TABLA DE CONTENIDOS

Resumen, resumo	01
Abstract	02
Introducción	03
Capítulo 1 La Biopolítica de la Salud.	07
<i>1. Salud como Equilibrio.</i>	07
<i>2. El Modelo Biomédico.</i>	10
<i>3. La Medicalización..</i>	13
<i>4. El Derecho a la Salud.</i>	16
<i>5. Surgimiento de la Salud Pública.</i>	20
<i>6. Las revoluciones de la salud.</i>	26
<i>7. Salud y ciencias sociales.</i>	31
Capítulo 2. La Sociedad del Riesgo Ambiental	33
<i>1. Determinismo Ambiental.</i>	33
<i>2. Ecología Humana y Ecología Cultural.</i>	35
<i>3. La Salud Ambiental.</i>	36
<i>4. La modernización reflexiva.</i>	40
<i>5. La sociedad del riesgo..</i>	41
<i>5.1 Las voces de los efectos secundarios.</i>	44
<i>6. La individualización.</i>	45
<i>6.1 Vulnerabilidad y ambivalencia.</i>	47
<i>6.2 El cosmopoliticismo.</i>	48
Capítulo 3. El debate actual sobre Salud y Medio Ambiente en Europa.	50
<i>1. La Urgencia de la Salud y el Medio Ambiente en Europa.</i>	51
<i>2. Alianza para la Salud y el Ambiente en Europa.</i>	52

3. <i>Plan de acción europeo de medio ambiente y salud (2004-2010).</i>	54
3.1 <i>Los Factores emergentes.</i>	57
Capítulo 4 <i>Análisis del Plan de Acción Europeo de Medio ambiente y salud (2004-2010).</i>	60
1. <i>Codificación del Plan de acción europeo de medio ambiente y salud (2004-2010).</i>	60
2. <i>La política, la ciencia y el riesgo en el Plan de acción europeo de medio ambiente y salud (2004-2010).</i>	65
Capítulo 5 <i>Análisis de entrevistas a expertos sobre medio ambiente y salud en Europa.</i>	72
1. <i>Codificación de entrevistas a expertos sobre medio ambiente y salud en Europa.</i>	73
2. <i>La incertidumbre como relación.</i>	76
2.1 <i>Crítica a la modernidad, la ciencia y el mercado.</i>	76
2.2 <i>Las dimensiones de la biopolítica y la sociedad del riesgo ambiental.</i>	79
2.3 <i>La incertidumbre como experiencia en salud y medio ambiente.</i>	81
Capítulo 6 <i>Conclusiones: de la sociedad del riesgo a la sociedad de la transparencia.</i>	86
1. <i>Individualización o Sociedad de la Transparencia.</i>	86
2. <i>Concepto de las relaciones de medio ambiente y salud en Europa.</i>	87
3. <i>Proyecciones para el estudio de las controversias en salud-ambiente</i>	91
Referencias Bibliográficas.	93
Publicaciones de Instituciones Internacionales	99

AGRADECIMIENTOS

Al Programa Erasmus Mundus de la Unión Europea que entre los años 2006 y 2008 financió los estudios y formulación de la tesis que aquí se presenta. Al Consorcio de Universidades que gestionaron la Beca correspondiente. En especial a la Universidade de Évora, su Departamento de Historia y su Departamento de Ecología Humana; así como a la Universitat Autònoma de Barcelona y su Departamento de Psicología Social y Linköpings Universitet con quienes tuve la oportunidad de cursar créditos necesarios a la par que disfrutaba de compartir sus valiosos conocimientos. A la Universidad Austral de Chile y su Instituto de Comunicación Social, entorno en el cual surgió el interés por los temas de investigación.

A quienes forman parte de esta tesis con la humildad de su grandeza y sus testimonios generosos, en especial a quienes he podido leer a la par que entrevistar sobre las incertezas que nos motivan a seguir investigando. A Fátima Nunes y Laurinda Abreu por su estructural exceso de confianza en mi trabajo. A quienes discutieron en las aulas y las tertulias acaloradamente sobre si la sociedad global ha tenido, tiene o tendrá vuelta. En especial a Alejandro, Paula, Tiago y Débora de quienes sigo aprendiendo.

A quienes motivaron, apoyaron y colaboraron en la postulación y desarrollo del Máster Erasmus Mundus tanto en Francia, como Portugal, España y Chile. En especial a los amigos, colegas y funcionarios universitarios que dedicaron esfuerzos y su valioso tiempo al acompañamiento del diseño y elaboración de la investigación, así como a la instalación y agradable pasar de nuestra familia en la ciudad de Évora. A los latinoamericanos en Évora por la música del sotaque cosmopolita y la arepa oportuna.

A quienes hemos dejado de ver por la distancia y que han sido la inspiración permanente de este trabajo. A los compañeros, estudiantes y profesores de Punta Arenas, Valdivia, Temuco, Santiago y Barcelona. A la familia de Magallanes y Chiloé, especialmente a Lavinia, Gabriel, Mari, Carmen y Pato cuya capacidad de transformar el entorno en algo mejor de lo que encontraron siempre me devuelve las esperanzas en la especie humana. Por sobre todo, a Lilian, Gabriel y Víctor que han compartido las preocupaciones y las ocupaciones de esta investigación con una consecuencia ideológica admirable.

A todos dedico y agradezco este trabajo, que es lo mismo cuando se trata de salir a caminar de nuevo, mañana, descalzo al sol por las espirales del pensamiento.

“O processo industrial do grande degrada mais *reservas* humanas e materiais do que ele próprio pode criar o regenerar. Neste sentido, ele é auto-poiético como um cancro, tão criativo como um fogo-de-artifício, tão produtivo como o cultivo de drogas”

Peter Slöterdijk

“Ou deveremos dizer que a *certeza* é apenas um ponto idealizado do qual há certas coisas que se aproximam mais, outras menos? Não. A dúvida perde gradualmente o sentido. Este jogo de linguagem *é* justamente assim”.

Ludwig Wittgenstein

RESUMEN

Medio ambiente y salud, un concepto crítico de la sociedad del riesgo en Europa

El presente estudio propone la construcción de un mapa conceptual que relaciona medio ambiente y salud en el espacio europeo a partir de la teoría de la Modernización reflexiva y la sociedad del riesgo. Para ello se analizará el surgimiento de la noción de salud desde la perspectiva de la biopolítica. En segundo lugar se analiza el surgimiento de la sociedad del riesgo ambiental a partir de la perspectiva ecológica. Esto permite un análisis crítico del Plan Europeo de Acción de medio ambiente y salud (2004-2010) publicado por European Environment and Health Committee of the European Union, lo que se complementa con entrevistas en profundidad con expertos del mundo académico científico en Barcelona y Lisboa que trabajan con el enunciado Medio ambiente y Salud. El análisis de datos y formulación teórica será inductivo y se realizará a partir de la Grounded Theory con uso de software cualitativo Atlas-ti.

Palabras claves: Salud ambiental, Biopolítica, sociedad del riesgo

RESUMO

Meio ambiente e saúde, um conceito crítico da sociedade de risco na Europa

Propomos a construção de um mapa conceitual ligando meio ambiente e saúde na Europa, com base nas teorias da modernização reflexiva e da sociedade de risco. Analisaremos a emergência do conceito de saúde a partir da perspectiva da biopolítica e a emergência da sociedade de risco ambiental a partir da perspectiva ecológica. Isso permitirá uma análise crítica do Plano de Acção Europeu para o Meio Ambiente e Saúde (2004-2010) da European Environment and Health Committee of the European Union, complementada por entrevistas em profundidade com cientistas peritos em meio ambiente e saúde, pertencentes ao meio académico de Barcelona e de Lisboa. A análise dos dados e formulação teórica será indutiva e terá lugar a partir da *grounded theory* com uso do software qualitativo Atlas-ti.

Palavras chave: Saúde ambiental, Biopolítica, Sociedade de risco

ABSTRACT

Environment and Health, a critical concept of the risk society in Europe

This work propose the construction of a conceptual map linking environment and health in the European space, starting from the risk society theory. For this, the sprouting of the notion of health will be analysed from the point of view of the biopolitica. Secondly, the rising of the environmental-risk society will be analysed from an ecological perspective. This allows a critical analysis of the European Plan of Action for Environment and Health (2004-2010) published by the European Environment and Health Committee of the European Union, which is complemented with interviews in depth with experts from the scientific academic world, in Barcelona and Lisbon, that work with the statement Environment and Health. Data analysis and theoretical formulation will be inductive and will be developed starting from the Grounded Theory and using the qualitative software Atlas-ti.

Key words: Environmental health, biopolitic, risk society

INTRODUCCION

El Master PhoenixEM Dynamics of Health and Welfare en el marco del cual se realizó esta tesis, ha planteado el desafío de fortalecer la relación entre las ciencias de la salud y las ciencias sociales, con lo cual se ha dibujado un campo de producción intelectual en el que el análisis crítico es básico para reinterpretar las condiciones de vida humana en el planeta. De acuerdo con ello, esta tesis se plantea como problema de investigación la formulación de una propuesta conceptual para reinterpretar la relación entre salud y medioambiente en Europa desde la Teoría de la Modernización Reflexiva y la Sociedad del Riesgo (Beck, 1986) hasta su actualización como Sociedad del Riesgo Mundial (Beck, 2008), en una perspectiva tanto teórica como de políticas a nivel europeo y acción-reflexión de expertos. Este problema se enfoca en el amplio debate sobre ambiente y salud en Europa más allá de las disciplinas individuales y que se ven actualizadas desde las dos variables centrales a estudiar, vale decir medio ambiente y salud. La pregunta de investigación en consecuencia será:

¿cuál es el concepto surgido de la relación entre medio ambiente y salud en Europa, que sea factible de ser utilizada en el debate sobre crisis global en curso?

En consecuencia los objetivos de la investigación son los siguientes:

- Objetivo general: proponer un concepto que relaciona medio ambiente y salud en el espacio europeo a partir de la teoría de la modernización reflexiva y la sociedad del riesgo.
- Objetivo específico 1: Analizar la convergencia de los conceptos de salud y medio ambiente a nivel teórico.
- Objetivo específico 2: Analizar la relación entre medio ambiente y salud en el Plan Europeo de Acción de medio ambiente y salud (2004-2010).

- ▣ Objetivo específico 3: Analizar líneas de debate actual entre expertos de España y Portugal acerca de la relación entre medio ambiente y salud en el espacio europeo.
- ▣ Objetivo específico 4: Diseñar un mapa conceptual de las relaciones entre medio ambiente y salud en el espacio europeo.

Se definió una metodología que potencie la posibilidad de relación múltiple entre las variables que son entendidas como entidades activas de manera permanente (Haraway, 1995). Por ello se contempló la doble dimensión de análisis deductivo en el caso del debate bibliográfico (Objetivo específico 1), y una perspectiva inductiva en su relación con los datos primarios y basada en el análisis de texto, con uso de software asociado tanto para del Plan de Acción como de las entrevistas a expertos y finalmente para la formulación de una propuesta conceptual (Objetivo específico 2, 3 y 4).

Para los objetivos específicos 2 y 3 se definió el uso de la Teoría Fundamentada o Grounded Theory (Strauss y Corbin, 1990), que en tanto perspectiva de análisis se desarrolla a partir de un corpus de datos, de manera inductiva., mediante método comparativo constante y muestro teórico (Charmaz, 2006). Los instrumentos a utilizar en el análisis serán los *documentos primarios*, las *citas (quotations)*, los *códigos*, los *memos* o *comentarios*, las *familias* y *network* o *mapas conceptuales* (Muñoz, 2005). Estos instrumentos se organizan mediante la herramienta digital Atlas-ti 5.0.

Para el Objetivo específico 1 se realiza una exposición conceptual en contexto de las dos variables para luego identificar las relaciones entre diversos momentos, disciplinas o proposiciones teóricas de autores que puedan sintetizarse en conceptos comunes. Esto es enunciado en los capítulos 1 y 2, complementándose con las condiciones actuales del debate sobre medio ambiente y salud en Europa contenido en el capítulo 3.

El debate bibliográfico problematiza el concepto de salud en una perspectiva biopolítica (Foucault, 1976) y el surgimiento de la sociedad del riesgo ambiental (Petersen & Lupton, 1996) a partir de la perspectiva ecológica (Lemkov, 2002). Esto nos permitirá arribar a la incertidumbre (Prigogine, 1996) como centralidad de la sociedad actual en la que las variables en estudio son actividades permanentes de la política y la ciencia. La crítica que se formula a este estatus de la sociedad de la

incertidumbre nos lleva a la discusión de la biología como ideología (Lewontin, 1998b) y el proceso de la individualización (Beck y Beck-Gernsheim, 2003).

La confluencia de estos conceptos en el análisis teórico permite sostener la existencia de una relación crítica entre las variables de medio ambiente y salud, que no son abordadas como disciplinas sino como campos de acción en que confluyen diversas teorías. Por ello es que esta tesis no supone la aplicación de una teoría en especial, sino que utiliza los conceptos surgidos de diversas perspectivas para formular un mapa conceptual de carácter abierto.

El objetivo específico 2 es abordado en el capítulo 4. Con el fin de contrastar las formulaciones previas de la relación entre medio ambiente y salud, así como para tener un acceso directo a los diseños de acción en este ámbito, es que se analiza el caso de la Unión Europea. A nivel mundial es reconocido el avance en las políticas ambientales de esta región, a la par que debe enfrentar las nuevas condiciones de crisis global. El desarrollo de una Alianza para la Salud y el Ambiente en Europa y el Plan Europeo de Acción de Medio Ambiente y Salud (2004-2010) publicado por la Comisión de las Comunidades Europeas (2004, junio 9) se enmarcan en una política que incorpora el Programa de Salud Pública (Comisión de las Comunidades Europeas, 2002a), el Sexto Programa Marco de Investigación (Comisión de las Comunidades Europeas, 2002b) y en especial la Estrategia Europea en materia de medio ambiente y salud (Comisión de las Comunidades Europeas, 2003), conocida como iniciativa SCALE.

El citado Plan actúa como síntesis ordenadora de las acciones fundamentadas en el contexto de la política europea. De allí que su análisis nos permite identificar las bases con las que se establece la relación entre las variables de nuestro estudio para el caso de Europa.

El objetivo específico 3 es abordado en el capítulo 5 en que se analizan ocho entrevistas en profundidad a expertos del mundo académico científico en Barcelona y Lisboa que trabajan con el enunciado Medio ambiente y Salud. En este análisis se establecen las principales críticas a la teoría de la sociedad del riesgo, las vinculaciones interdisciplinarias que contiene la relación entre medio ambiente y salud y las perspectivas para la formulación de un concepto crítico o amplio de relaciones. Todo esto contextualizado para el caso europeo.

Ambos análisis son representados a partir de mapas conceptuales que permiten relacionar los hallazgos y plantearse una propuesta factible de operacionalizar en los debates en curso en Europa sobre medio ambiente y salud.

El objetivo específico 4 es abordado en el capítulo 6 y expone el mapa conceptual propuesto, además de las conclusiones generales del estudio.

Este trabajo se ha basado en la posibilidad de posicionamiento interdisciplinario en tanto pone esfuerzos en la búsqueda de las relaciones y sus características, incluyendo metáforas gráficas para exponerlas. Esta es la lógica con la que se ha definido esta estructura de trabajo y que se desarrolla en adelante.

CAPÍTULO 1. LA BIOPOLÍTICA DE LA SALUD

En este capítulo identificamos los principales conceptos que han definido la salud como un campo que se debate entre el equilibrio y el desequilibrio, entre lo individual y lo colectivo. Para ello revisamos la noción crítica del concepto de salud occidental desde la perspectiva de la biopolítica (Foucault, 2007) que analiza los conceptos a partir de sus implicancias sobre el gobierno de la vida, desde las instituciones que para ello surgen y los discursos que la constituyen.

En primer lugar identificamos las condiciones del surgimiento del concepto salud en la cultura occidental, luego su validación y fortalecimiento a partir de la medicalización, para finalmente explicitar algunas de las líneas de análisis crítico actual más relevantes, así como el surgimiento de nuevas disciplinas o perspectivas.

El análisis contemporáneo ha supuesto el desarrollo de un campo interdisciplinario que instala las ciencias sociales en salud (Nunes, 1992), proceso en que se destacan los análisis sobre status de salud y riesgo (Petersen & Lupton, 1996) así como la constatación del determinismo y la incertidumbre (Prigogine, 1996).

1. Salud como Equilibrio

La palabra salud ha sido identificada en una etimología de raíz sagrada como en el caso de *health*, derivado del verbo *to heal*, que a su vez derivaría del inglés medieval *hal*. Tal familia semántica provendría del germánico antiguo *höl* del que deriva el inglés *holy*, sagrado (Filho, 2000)

En Grecia la tradición mitológica remitía al hijo de Jupiter, Apolo como Dios de la Medicina. Éste tuvo como hijo a Esculapio quien a su vez, tuvo como hija a Hygia (salud) y Panacea (remedio universal) (Villafani y Araujo, 1998).

La Escuela de Cós, en que surgen los escritos hipocráticos entre los siglos IV y V a.C., aproximadamente, ha sido destacada como la superación antigua de la idea mágica de la salud. Hipócrates (460-370 a.C.), fue parte de una visión helénica en que la

salud era determinada por la naturaleza, en tanto se mantenía un respeto a ella como expresión del equilibrio de los Dioses (Villafani y Araujo, 1998). Si bien, es parte constitutiva de su existencia la creencia en Apolo como artífice de tal equilibrio, el sabio de Cós enfrenta lo que llama superstición e ignorancia, como en el caso usualmente citado de la epilepsia como enfermedad sagrada. Su plan conceptual incorporaba la explicación sobre los cuatro humores, una idea de equilibrio y totalidad en el concepto de enfermedad y la noción de arte de la medicina (Carvalho, 2002).

Soares (1999), citando a Gourevitch (1984), explica los elementos centrales de los textos hipocráticos como una serie de triángulos en torno al principal de la enfermedad, el enfermo y el médico. Esto significa que las prácticas asociadas a ellos se mueven en vértices, vale decir, pares de conceptos, entre los que destaca el par *téchne/tyché* (arte/fortuna) que se complementa con el lado de la *epistème* (ciencia).

En el par mencionado, la idea de arte representa una habilidad que se une al dominio del acaso, de la fortuna. La visión sobre la salud suponía moverse en el vértice de lo que pasa y lo que permanece, de lo que es visible y lo que no. La ciencia era así posible en la prudencia del vértice que la completaba.

Esto supone al individuo como un todo en su pasado y presente, elemento que alude a la transmisión en el tiempo que termina por complementar la explicación de los factores ambientales presente en la obra sobre Aires, Lugares y Aguas. (Da Silva, 1999).

La implicancia más importante de esta perspectiva es que el arte de la medicina afecta al individuo, pero sólo a él, ya que si el médico no cura al hombre, genérico, sí cura al individuo que es quien vive y es determinado por la fortuna de manera diferenciada a los demás. El arte de la medicina entonces se enfrenta a la fragilidad, es la posibilidad de certeza griega, limitada desde los aforismos del Corpus hippocraticum por la *vita brevis, ars longa* que sugieren el contraste de la brevedad de la vida para el dominio del arte necesario, en este caso, la medicina. “E neste contraste radica a sensação humana da contínua indigência, da precaridade da vida, da inevitável surpresa, insegurança e risco que o viver representa” (Soares, 1999:87)

El descubrimiento (*heurema*), como momento definitivo del arte de la medicina enfrentado a la fortuna, es fruto del raciocinio, pero desde un pensamiento como el griego antiguo que Tunhas (1999) define como “da passagem”. Esto es, un pensamiento que se puede definir como contrapuesto a la frontera, por lo tanto que rechaza la exterioridad del conocimiento a lo conocido.

Esta manera de enfrentar la *frontera* es distinta al pensar enfrentado al *abismo*

donde lo incierto se ve desde la determinación. Se enfrenta también a la manera de pensar desde el límite, lo desconocido. Es en definitiva un momento estético del conocimiento.

Sólo mediante una idea de estas características es que los Tratados Hipocráticos se podían enfrentar en la lógica de los vértices a lo invisible y lo visible con el objetivo de lograr el descubrimiento sin negar la fortuna en el arte de la medicina.

Observación y raciocinio podían compartir estatus de ciencia que posteriormente encontramos como “prática de uma investigação governada por princípios y métodos, que se encontra na raiz das descobertas científicas”(Tunhas, 1999: 12).

Barros (2002) identifica así el paso de una medicina mágico-religiosa hacia las concepciones diagnóstico-terapéuticas de Galeno (122-199 d.C.) en el tiempo ya del imperio romano, en que se identifican causas mórbidas diferenciadas en internas, externas o conjuntas y se valora la naturaleza en su dimensión terapéutica. La importancia de los textos de Galeno son básicos para que la escolástica de Tomás de Aquino retomara la idea de relación entre naturaleza y ciencia incorporando la fundamentación racional a la teología.

El otro aporte central a lo que será luego el surgimiento del modelo en cuestión surge de la obra de Paracelso (1493-1541) quien sostiene la noción de *archeus* como principio vital. Un principio era posible en tanto existía identidad de los elementos unos con otros. Se opone a la continuidad de las ideas de Hipócrates y Galeno y por el contrario sostiene una visión sincrética, ya no hay dos lados que se reúnen en un vértice o las causas internas y externas tratadas de manera diferencial. Su posición holística será valorada sólo cuando sus seguidores consiguen resultados aplicando tratamientos basados en el uso de sustancias químicas (Barros, 2002).

Hasta aquí nos interesa destacar la elaboración del concepto de *vértice* pues está a la base de la noción de equilibrio. Su importancia en el pensamiento hipocrático se va haciendo cada vez más problemático a medida que la tradición se acerca al renacimiento. La salud, nace así como una concepción que ha sido calificada de holística, no solo en sus fuentes grecolatinas y sus interpretaciones en la cultura occidental, sino también en la tradición árabe o china, debido a la idea de totalidad del ser humano en equilibrio con la naturaleza (Ribeiro, 1998: 51-56). Eso es lo que será problematizado a la luz del tiempo de las grandes transformaciones de la idea de mundo y de conquista del mismo.

2. El Modelo Biomédico

Respecto de la base del pensamiento médico se ha sostenido una crítica contra el dualismo, que rompe la idea de totalidad y separa sujeto y objeto ya no como lados de un triángulo sino ahora como entidades capaces de ser miradas por separado y con la promesa de la objetividad de tales miradas. Por ello es necesario entender, el surgimiento del modelo, más que una revisión exhaustiva de las consecuencias, sean buenas o malas de la mejor o peor aplicación de sus preceptos. Por lo anterior será necesario realizar un breve contexto histórico de las ideas que vinieron a confluir en el tumultoso siglo XVIII cuando Foucault (1978) fija el nacimiento de la medicalización, expresión más acabada de las consecuencias del modelo biomédico, reduccionista en su forma de abordaje de la salud y la enfermedad en la vida de los individuos (Barros, 2002:76).

El nacimiento del modelo biomédico ha sido ubicado en el renacimiento, con la mixtura de las ideas forjadoras de la ciencia y la posibilidad de que ellas superaran las trabas que la iglesia sostenía a pesar de existir en su base escolástica una apertura hacia el pensamiento científico como puede entenderse en una revisión de los trabajos de Tomás de Aquino. El contexto es la aceptabilidad de la diferencia cuerpo-alma, por lo tanto la posibilidad de disección, el discurso del método en 1637 (Descartes) y la revolución que se llamó luego científica desde Galileo a Newton. (Ribeiro, 1998; Barros, 2002).

La discusión sobre Aristóteles en el siglo XIII ya había hecho que la escolástica se definiera por la separación entre ser humano y naturaleza no sólo con relatos bíblicos, sino con argumentos que se sostendrían como parte esencial de la racionalidad y la verdad hasta el segundo gran momento del milenio cuando surge la ciencia como la nueva deidad. A mediados del siglo XIII, Tomás de Aquino sostuvo que Dios saca las cosas de la nada y las coloca en orden, materia prima y forma sustancial unidos, tal es la creación. Para él, la ciencia es una especie de hábito mental mediante el cual se representa la realidad. Pero sólo representa una parte restringida que debe constituir su mundo. Esto es lo que perciben los sentidos. A esta restricción del entendimiento, a sólo lo que está en los sentidos, se opondrá una mirada más amplia en la filosofía clásica del siglo XVII al XVIII, desde Descartes hasta Hume.

Hazard (1971) destaca lo que opera con el advenimiento del debate científico de

finis del siglo XVII. Se trata de una forma de dar sentido de pertenencia que no sea el paganismo. Se descubren los secretos de la naturaleza, las matemáticas constituyen las nuevas fronteras. La geometría es el centro del trabajo de Descartes, se retoma la idea baconiana de inductivismo, se asume que para la medicina es necesaria y central la filosofía experimental. La Royal Society de Londres es el centro iluminador, surge la Academia Francesa, se fundan sociedades en Florencia, en 1700 se funda la "Regia Sociedad de Medicina y demás Ciencias de Sevilla".

Vico (en Hazard, 1971) define a los dos más grandes genios de la época: Leibniz y Newton, los descubridores simultáneos del cálculo infinitesimal, los dos protagonistas principales de la primera gran batalla de la ciencia que tendría consecuencias para el siguiente siglo.

Aunque se habría basado en un cúmulo de falsedades, (Lakatos, 1989) Newton lideró el programa de investigación científica más exitoso de la historia. Para Leibnitz, en carta publicada en 1712 en las *Memoires of Literature*, era pura ficción sostener que los cuerpos se atraían por una fuerza divina. Newton "se ve forzado a asumir su defensa" (Lakatos, 1989:259). O validaba con pruebas cartesianas su teoría, cosa que hizo sin lograrlo por años, o cuestionaba la idea de necesidad de prueba cartesiana para lo que se dedicó a reacomodar la segunda edición del Principia.

La Regla IV fue la que cumplió el objetivo más claramente al plantearse la filosofía experimental como una inducción general a partir de los fenómenos (Lakatos, 1989:261). La proyección de esta idea posicionó a Newton entre las influencias más importantes en el siglo XVIII en que el empirismo comenzó su larga hegemonía. Este poder constituye la base de las concepciones normativas, de método, de ordenamiento del saber-poder y es lo que dará pie a una nueva era.

La humanidad cruza un umbral en la metáfora preferida de Foucault (1976) para la biopolítica por lo que es preciso identificar este momento de umbral en el nacimiento de la biopolítica. Se ha sostenido que Foucault ubica el impacto del poder en la vida biológica y la salud en el siglo XVIII (Ortega, 2003). Esto deriva de que *El nacimiento de la Clínica* es un texto (Foucault, 2003) que se centra en el siglo XVIII y las transformaciones que se expresan en lo que conocemos como la medicalización. Sin embargo, una edición reciente, completa, de las lecciones en el Collège de France de los años 1978-79¹ permite contextualizar el desarrollo del liberalismo y la razón de Estado

¹ Fue publicada en 2004 como *Naissance de la biopolitique. Cours au Collège de France (1978-1979)* por Gallimard. Una versión en castellano fue publicada en 2007 por el Fondo de Cultura Económica.

policial, entre el siglo XVII y XVIII, o incluso antes. Esta confluencia de procesos se da a partir de la restricción interna que ejerce la economía política en la razón gubernamental. Esta razón surge en el contexto de la mantención y construcción de los Estados y constituye una práctica o una racionalización de una práctica: la gubernamentalidad (Foucault, 2000; Foucault, 2007).

La transición se expresa ya en el siglo XVII cuando el cuerpo pasa a ser gobernado como una máquina que debe rendir al máximo en su educación, en su fuerza, en su utilidad, como anatomopolítica del cuerpo humano. Esto es expresión de una forma de ver la vida y la muerte en que se puede burlar a ésta, administrando la primera.

Esto se complementa tras el cambio de siglo, cuando el cuerpo fue concebido como especie, como soporte en que se expresaban las leyes de la materia. Se volvió así un objeto de control en su dimensión colectiva:

“la proliferación, los nacimientos y la mortalidad, el nivel de salud, la duración de la vida y la longevidad, con todas las condiciones que pueden hacerlos variar; todos esos problemas los toma a su cargo una serie de intervenciones y controles reguladores: una biopolítica de la población”. (Foucault, 1976:168)

Tenemos por un lado la disciplina del cuerpo y por otro la regulación de población en función de una optimización de la calidad biológica de la especie. Ortega (2003) identifica una relación directa del paso de este umbral, de esta metáfora, en la descripción de Hanna Arendt acerca del totalitarismo. Arendt (2001) identifica la labor, uno de los tres ejes de la condición humana junto al trabajo y la acción, como la vida biológica, su crecimiento, metabolismo o declinación, vale decir las necesidades vitales que condicionan la especie. Esto, pasa a llenar el vacío dejado en las sociedades posttotalitarias en que el espacio público tiende a desaparecer, es un proceso de despolitización que se relaciona directamente al biopoder (Ortega, 2003). El espacio vital de la especie pasa a ser el objeto de la política. En esa lógica se puede entender que “la administración de los cuerpos y la gestión calculadora de la vida” (Foucault, 1976:169), constituyen el nacimiento del bio-poder.

La biopolítica entonces es un proceso global y a la vez especializado, que aparece en un momento como umbral de modernidad biológica, la especie misma pasa a ser objeto de la política. El sujeto aprende a vivir como biología de un cuerpo que se expresa como cuerpo saludable, individual y colectivamente, según parámetros de

población.

En términos conceptuales esto es colocar la vida en un doble nivel, tanto al interior de la historia como en su exterior. Es exterior porque es el entorno biológico de la historia pero es interior a la vez pues sufre las estrategias de poder-saber que se dan en la historia.

Lo que cambia es la relación entre la historia y la vida. Una tecnología de poder cuya preocupación central es la vida, constituye un cambio social, un cambio histórico que deviene en la *sociedad normalizada*. Para lograr ese efecto, es necesario un ejercicio de clasificación, de distribución, según la norma de valor y utilidad en que los aparatos administrativos o médicos se suman como reguladores (Foucault, 1976:170-176).

3. La Medicalización.

Por lo expuesto la medicalización puede ser entendida como expresión de un periodo histórico de larga duración. De allí que necesitemos explicar el campo sobre el cual se podría ejercer una crítica que ya no sea sólo de modelo o como suele decirse, de paradigma, sino que permita enlazar las críticas con las actuales exigencias epistémicas que se están dando en el campo de la salud.

La condición de posibilidad del derecho a la salud, más allá de la normalización, está dada por la propia vida y su status que huye de la norma, que se sale y que es continuamente tratada de reacomodar en políticas específicas. Por ejemplo, los riesgos biológicos hoy en día se escapan a los controles muchas veces y la salud debe enfrentar condiciones que la revolución microbiológica parecía haber dejado atrás. Esta brecha es la que nos preocupa en este estudio permanentemente. Para ello es necesario despejar donde está la crítica a la normalización según estrategias de poder-saber como lo ha identificado Foucault (1976) y determinar desde dónde se puede observar mejor esta brecha y actuar respecto de ella.

Para esto es necesario llamar la atención sobre el contexto de la época en que la economía política surge también como una institución central de la sociedad normalizada. El capitalismo sólo puede desarrollarse si se ubican y distribuyen eficientemente los cuerpos en el aparato productivo. La medicina individual junto a instituciones como la escuela actuaron en medio de ese proceso. Actúan como formas

de segregación o diferenciación social “garantizando relaciones de dominación y efectos de hegemonía” (Foucault, 1976:171).

Una objeción que se puede hacer es aquella acerca de la capacidad de los objetos (instituciones) para imponerse, o dónde es que se ubica realmente el eje de dominación y constitución de hegemonía del bio-poder si este es algo más que las meras instituciones que funda. Ante ello es necesario incorporar la dimensión del discurso del bio-poder como un elemento de sentido que permite que las instituciones logren legitimación, en un juego de articulación que constituye hegemonía a partir de la articulación y el antagonismo. (Laclau y Mouffe, 1987).

Este es precisamente el proceso que explica por qué se ubica el nacimiento de la medicina a fines del siglo XVIII. Lo que sucede en realidad es que se articula el discurso y el objeto de la medicina, se formulan, no arreglos a mejores formas de positividad en la observación médica, sino que el lenguaje transforma la condición de invisible y la medicina lo hace visible. No es que se haya abandonado la intuición y finalmente haya triunfado la racionalidad científica por sobre el pensamiento mágico religioso que como hemos visto ya era un proceso que venía de siglos anteriores, sino que cambia la estructura y aparece mediante la mirada y el lenguaje de la percepción médica aquello que hasta ese momento no se podía verbalizar. Entrar en el cráneo para verlo supone un ejercicio de identificación, pero ante todo de abertura a la mirada que actúa como testigo incontestable. “La mirada no es ya reductora, sino fundadora del individuo en su calidad irreductible” (Foucault, 2003:8).

Las consecuencias de este proceso Foucault las identifica en distintos niveles. En primer lugar la enfermedad es analizada como experiencia histórica, siempre en un plano en desarrollo, la analogía define la esencia, los síntomas se parecen. La forma de la analogía es la ley de producción de la enfermedad que son a la par naturales como ideales. Esto se explica en el espacio nosológico en que se establece la interpretación. La enfermedad enuncia su esencia, lo que la hace enfermedad, pero a la vez se manifiesta como algo que queda en plano ideal pues siempre aparece y es parte de la nosología alterada por el propio paciente. (Foucault, 2003:19-26). Esto es precisamente la condición discursiva del espacio en que los elementos se ven modificados en su articulación.

Otro elemento central será el hospital como forma de alterar el proceso y la naturaleza de la enfermedad, por sobre la familia y sus cuidados. Esta medicina institucionalizada y con espacios en que se asegura la calidad científica de ella, será

respaldada por el Estado. El modelo es el del hombre saludable.

Lanthenas, un girondino que escribió en la Francia revolucionaria de la influencia de la libertad sobre la salud llegará a decir que por fin la medicina podrá ser lo que debe, vale decir “el conocimiento del hombre natural y social” (Lanthenas, citado por Foucault, 2003:61). En definitiva la medicina se transforma en la vigilante de la moral y la salud pública.

La elaboración de un lenguaje especializado, el advenimiento del secreto tanto sobre como hacia el paciente, rompen así, amparados por las consecuencias mencionadas la relación histórica de la especie consigo misma y con la naturaleza. El método clínico de signos y certeza es clave para legitimarlo. La aritmética de los signos lleva progresivamente a la certeza en un estado de salud o enfermedad². Es decir, el argumento matemático va develando la invisibilidad pero sólo se puede evidenciar como certeza en la medida en que se desenvuelve un proceso que no es aritmético sino gramatical, que interpreta estos signos en su conjunto, que aisladamente no significan lo mismo que reunidos en una estructura lógica clínica. Esta es la clave del método que permitirá la visibilidad que cotidianamente confiamos experimentar en nuestra relación con la clínica.

En términos más concretos, Foucault³ (1978) identificará los efectos de la medicalización desde fines del siglo XVIII como medicina social, vale decir como un proceso que encuadra la estructura social. Ubica para ello tres formas que se asocian precisamente a una parte de la estructura social. Así, la medicina del Estado se verá fortalecida en Alemania, la medicina urbana lo hará en Francia y la fuerza de trabajo en el caso de Inglaterra. Las tres formas son estudiadas de manera diversa y pueden ser discutidas en su especificidad, sin embargo, en este apartado nos interesa destacar precisamente que sea cual sea el entorno, la lectura de Foucault vuelve sobre el mecanismo mediante el cual se lleva a efecto una legitimación del rol de hacer visible lo invisible con base a la ciencia e identificar a partir de allí tanto las relaciones individuales como sociales sobre las cuales la salud pasa a ser un tema colectivo. La misma condición de *social* en los textos de Foucault remite a una sociedad normalizada

2 No se trata sólo de la condición de enfermedad pues Foucault revisa el ejemplo de la mujer embarazada que era un estado en que se debían sumar una cantidad de signos para definir la certeza del embarazo, por ejemplo.

3 Foucault, explica las nociones de la historia de la clínica en un texto de 1963, once años más tarde realiza una serie de conferencias en Rio de Janeiro donde resume las consecuencias de la medicalización y explica que sigue desarrollando en esa fecha un seguimiento a diversas expresiones de la medicina social en Francia.

que debe fundar prácticas, gramáticas, aritméticas, instituciones y leyes adecuadas a la biopolítica en curso.

Según lo expuesto hasta aquí, podemos identificar el nacimiento de la clínica y la medicalización como expresiones de un modelo biomédico que está al servicio de esta sociedad normalizada y que no aparece en el siglo XVIII sólo como una expresión del avance de la ciencia o los cambios radicales respecto de la episteme clásica, sino como instituciones nacidas de esta doble direccionalidad del bio-poder que constituye instituciones y mecanismos concretos de administración. No se trata de una mera constatación conceptual, sino que permite identificar en una lógica de larga duración la constitución de la sociedad normalizadora que ya hacia el siglo XIX viene a verse rechazada o cuestionada por lo mismo que debía controlar, la vida humana. La serie de mecanismos reguladores entonces se ven enfrentados a sí mismos ya en pleno siglo XIX desde la lógica de la demanda de los derechos relacionados con la existencia biológica y del nacimiento del derecho a la salud.

4. El Derecho a la Salud

Presentamos aquí una relación histórica del surgimiento del derecho a la salud, ubicando como escenario la revolución industrial y sus consecuencias en la sociedad inglesa. Allí se puede apreciar el umbral de la modernidad biológica en su contexto y consecuencias. Ejemplos de ellos será la idea de salud pública como institución biopolítica y la incorporación del debate de población de la mano del liberalismo económico a partir de Inglaterra como la sociedad industrial por excelencia.

Eric Hobsbawm (2000) analiza el desarrollo de la economía de los siglos anteriores en que descubre claves en contradicción y causas de las crisis que llevan finalmente a un aceleramiento del comercio y la producción. Este autor ubica en el siglo XVII la última fase de la transición de la economía feudal a la economía capitalista con el ascenso de la sociedad burguesa. El descenso de la importancia del Mediterráneo en la economía y la fase de acumulación del capital que se hace necesaria para entablar una revolución como la que vendría, surgía de las potencias navales que habían concentrado su riqueza en el colonialismo⁴.

4 El caso de Inglaterra contrasta con el de Holanda que sostuvo una posición pacifista a pesar de su condición de potencia naval, pero con base a una tradición que había visto el nacimiento del derecho internacional como pacto entre Estados, según Hugo Grotius. Los ingleses por el contrario,

Para Wallerstein (2000), en tanto, la primera revolución industrial con centro en Gran Bretaña, es un engaño cuando se separa las etapas del lento proceso de acumulación y una revolución cualitativa. La tesis de este autor es la de la economía-mundo en tanto desarrollo capitalista moderno. Alude así, al periodo de fines del siglo XVIII y principios del siglo XIX como un periodo en que la diferencia entre Inglaterra y especialmente Francia, es parte de un proceso mayor. Por un lado el trabajo se amplió, a través del crecimiento de los medios de producción. Esto supone además un crecimiento en la población por la disminución de la tasa de mortalidad. Se consumía más porque se producía más. Inglaterra había vivido en medio de procesos de transformación profundos. El siglo XVII había significado las guerras civiles de mediados del periodo, el avance en las ideas científicas, el empirismo newtoniano, la revolución gloriosa del 89 con una carta de derechos incluida y el nacimiento del parlamentarismo. Vendría luego, el siglo XVIII del expansionismo con su mayor apogeo en las colonia de India, Africa, Australia y América.

En ese contexto se dan tres procesos relevantes. En 1763 se firma el tratado de París con Francia, cerrándose así la guerra de los siete años que se desencadenó por una serie de conflictos específicos incluyendo la cuestión colonial entre estas dos potencias. Inglaterra salió victoriosa en los frentes de India, de norte y centroamérica. La paz en tales condiciones fue sustancial para afianzar la supremacía de los británicos.

En segundo lugar, aparecen los aspectos sociales de la debacle de las economías locales a partir de la tasa global de acumulación del capital. Según Wallerstein, se trata de la crisis de las cosechas de cereales que provocó una reacción en el mercado subiendo los precios de estos productos. En las demás áreas de la economía, sólo los grandes productores podían enfrentar estas alzas bajando la producción, es más, se veían beneficiados, mientras el desempleo se incrementaba.

Un tercer elemento es la expansión económica del capitalismo hacia las zonas de influencia de las potencias lo que genera también un reacomodo en la división del trabajo, proceso que seguirá en diversa intensidad hasta nuestros días. Estos elementos se complementan con la descolonización de América según Wallerstein, periodo que comprendió entre el fin de la guerra de los siete años y 1833 con la abolición de la esclavitud de las colonias británicas.

El sistema mundial capitalista que emerge explica gran parte de este periodo que

discriminaron belicosamente su relacion extraterritorial a la par de políticas proteccionistas en lo que serían verdaderas guerras de mercados.

ha sido identificado como la primera revolución industrial. Inglaterra fue el primero en industrializarse entrando en un liberalismo económico naciente que contrastaba con su monarquía y gobierno conservador. Este proceso le llevó a cabalgar en la invención de máquinas destacándose el sector textil y la locomotora a vapor⁵.

El periodo de la primera revolución industrial constituyó una serie de problemas desconocidos para los burócratas de la época. El principal de ellos fue el de las condiciones sanitarias, la epidemia de cólera, la contaminación de las aguas y las condiciones laborales en las industrias. La producción a gran escala generó el éxodo a las ciudades que alcanzaron mayor importancia, Birmingham, Manchester y Sheffield, ya entonces se colocan entre los centros más poblados de Inglaterra. Surgieron así tempranamente barrios pobres y en algunos casos se llegó a fines de siglo con proyectos de vivienda para los obreros como Saltaire y Bradford.

Las crisis más importantes estuvieron directamente asociadas a problemas de salud derivados de la vida en deficientes condiciones sanitarias, especialmente la falta de agua potable y las enfermedades asociadas. El cólera había minado la población en 1830⁶. El avance de la investigación por sí solo no frenaba las condiciones para evitar una nueva epidemia que de hecho ocurrió en la mitad del siglo.

El otro gran proceso que se produjo en la etapa en estudio, fue el de la crítica a la Ley de los pobres de principios del siglo XVI mediante la cual se estableció un sistema de ayuda legal a los desposeídos. Éste se financiaba a partir de impuestos a las propiedades locales que eran gestionadas por funcionarios nombrados por los jueces locales. Las ayudas variaban entre limosnas y asilos, aprendizajes de oficios, trabajo para los pobres capacitados y castigo o prisión para los que pudiendo trabajar, no lo hacían. Las parroquias eran la unidad básica de aplicación de la ley de los pobres.

Hacia 1782, mediante la ley Gilbert se incorporó la idea de subsidio al desempleo con cargo a impuestos locales. En 1795, la situación de las cosechas y las penalidades devenidas de las guerras napoleónicas, provocaron una serie de reformas locales que se generalizaron estableciendo nuevos subsidios a trabajadores que no podían mantener a sus familias.

Los problemas asociados a la aplicación de estas leyes redundaba en desiguales resultados según donde se aplicara ya que las zonas industriales contaban con más

⁵ La primera línea de tren de pasajeros se inauguró entre Stockton y Darlington en 1825.

⁶ Ya en ese momento, W. O'Shaughnessy, logró demostrar que las heces coléricas en agua de arroz tenían sales y álcalis, lo que permitió un tratamiento a base de inyección con solución salina ideado por Latta.

recursos, provocando éxodos y retornos tras fracasos familiares en la movilidad social urbana. Las críticas más duras vinieron desde los economistas clásicos. Ricardo lo calificó de pernicioso mientras que Malthus le dedicó un capítulo en su Ensayo sobre el principio de la Población (Rodríguez, 2003).

Malthus (1996) en su obra publicada en 1798, explica el principio según el cual los medios de subsistencia crecen en progresión aritmética mientras que la población humana crece en progresión geométrica. La posibilidad entonces de una crisis de subsistencia era cosa de tiempo y se debía tomar medidas correctivas. La Ley de los Pobres bajo esta premisa, provocó lo que quería controlar. La ayuda específica a personas era un daño general mayor ya que no se entendía que las grandes sumas de impuestos no hayan aminorado la miseria⁷. Las leyes crean al pobre que mantienen pues les proporciona una ración de pobreza y de paso rebaja el precio real del trabajo. Más aún, Malthus sostiene que los mismos pobres están sujetos a una tiranía toda vez que dependen del mandato y decisión arbitraria de jueces, mayordomos de las iglesias y proveedores de las parroquias. A cambio, propone la revocación de todas las leyes de los pobres, el subsidio a la agricultura y la exploración de nuevas tierras. Sólo en casos extremos de miseria se podrían abrir albergues en toda la nación con poca comida para obligar a los pobres a que trabajen (Malthus, 1996).

Tales críticas fueron a su vez sólo parte de las consecuencias del texto de Malthus que recibió cuestionamientos apenas apareció. Su posicionamiento va más allá de la aplicación de las políticas, Malthus parece estar demandando un ajuste mayor. Daba cuenta de un quiebre entre la sociedad y la economía, lo social de la economía política debía ajustarse a las nuevas reglas de un capitalismo que avanza en su etapa liberal. Malthus anticipa muchas de las consecuencias de la revolución industrial y aunque él las coloca en el plano de cuestionar la idea social de las leyes, no deja de verse reflejada una contradicción en la realidad entre el avance de nuevas formas de producción y la explotación humana⁸.

Sin resolverlo, su debate con otros economistas de la época abrió un nuevo proceso de reforma de las leyes de los pobres, lo que a su vez abriría un debate sobre las condiciones de vida de las nuevas formas que tomaba la población. Para Malthus el bienestar debe ser entendido tanto respecto del acceso a bienes como a la salud de las poblaciones (Malthus, 1996:347). Adam Smith había sostenido la idea de riqueza

7 Malthus entrega el dato de 3 millones de libras recaudados al año lo que no producía sino un efecto contrario al que se proponía.

8 Así se verificará en el surgimiento de los movimientos laboristas del siglo XIX.

asociada a la mantención del trabajo, sin embargo, para Malthus es necesario correlacionarlo con la capacidad de la tierra para responder al aumento de la renta y de la demanda. Si bien reconocerá en su trabajo la inspiración del fundador de la economía política, sobre Adam Smith también sostendrá que puede ser un error creer que la riqueza de las naciones se desarrolla en base al aumento de capital. Puede ser que precisamente el capital aumente sin que mejoren las condiciones del trabajo. Esto es lo que ve Malthus en Inglaterra:

“A riqueza crescente da nação tem apresentado pouca ou nenhuma tendência para melhorar a condição dos pobres que trabalham. Eles não têm, creio eu, domínio maior sobre os bens de primeira necessidade e os confortos materiais, e uma parte deles, muito maior do que na época da revolução, era empregada em manufaturas e amontoada em quartos pequenos e insalubres”. (Malthus, 1996:349-50)

El contexto analizado es un espacio mucho más diverso, sin embargo, en las ideas expuestas está ya el caldo de cultivo de una empresa como la que emprende Edwin Chadwick (1800-1890) y que Hamlin (1998) define como la invención de un nuevo derecho llamado salud pública, que democratizaba la tecnología de la época y que podía ser base de la categoría de ciudadanía también en proceso de formación como la conocemos hoy en día. Así surgió la salud pública en Inglaterra dice Hamlin, de una manera fascinante.

5. Surgimiento de la Salud Pública

Así como especificamos el contexto del surgimiento, es necesario ver cómo se llega a la noción de salud pública, vale decir sus antecedentes inmediatos, en la continuidad de lo ya expuesto.

Por un lado Chadwick llega al espacio de lo que sería la salud pública a partir de un trabajo como secretario en que comienza a gestionar recursos relativos al tema, pero por otra parte viene de una formación al lado de Jeremy Bentham (1748-1832) ideólogo del utilitarismo. El mayor bien para el máximo posible fue mantenido en las ideas de Chadwick. En términos concretos se identifican ideas como el retiro urbano de basuras, una fuente universal de aguas, modelos de tubos de flujo continuo, reciclaje del abono

como fertilizante y la alcantarilla urbana.

Chadwick, busca controlar el sistema sanitario en nombre de la ciencia y la eficiencia. La gran red que enlaza al estado son las alcantarillas que termina por expresar altos valores de convivencia democrática, por lo tanto es una locomotora lanzada en la dirección de superar las crisis que agobian la existencia del pueblo victoriano, aunque sólo sea hasta que las alcantarillas devuelvan el agua. Hamlin relata al final de su texto como el mismo Chadwick debió enfrentar la crítica por no ser un hombre de ciencia para poder emprender el control sanitario, aunque ya había instalado en la historia el reporte sobre Las Condiciones Sanitarias de la Población Trabajadora de Gran Bretaña en 1842 y la creación del Comité General de Salud, un registro general de nacimientos y vivido la promulgación de la primera ley de salud pública del mundo en 1848⁹.

La labor de Chadwick puede ser revisada a partir de dos obras centrales. La primera de ella realizada junto a Nassau William Senior, es el Informe de la Ley de los Pobres de 1834 que constituyó una reforma profunda a la ley en cuestión, conocida como enmienda o directamente como Nueva Ley de los Pobres. El reporte final de la comisión contempla las críticas y propone un ajuste económico que evite la indolencia. (Checkland y Checkland, 1974).

El sistema fue transformado a partir de dos grandes ideas. En primer término se suspendió la ayuda exterior a los necesitados y en su lugar se incorporó la idea de casas de trabajo (workhouses), que ya habían existido en distintos momentos en Inglaterra, donde se entregaba ayuda a cambio de labores pequeñas, sin las condiciones de bienestar básicas que se podían encontrar en el trabajo industrial. Las Workhouses se sumaron a lo largo del país, sin embargo, eran centros de reclusión voluntaria y se asemejaron a cárceles, con estrictos sistemas de disciplina. En el caso de Andover se separaban espacios por edad y sexo a todo momento. En 1845 se hicieron públicos maltratos y hambre entre los internos lo que ameritó investigaciones oficiales.

En segundo lugar la administración de las ayudas pasaban de las manos locales a una oficina central a nivel nacional. Esta idea la sostiene Nassau William Senior al asumir que el problema del asentamiento debe ser resuelto, sin embargo debe enfrentar la crítica que cobra un carácter político entre descentralización y centralización. Ambos autores eran de tendencia liberal sin embargo sus detractores vieron la posibilidad de

9 Chadwick, debió abandonar su tradicional trinchera en 1854 cuando es expulsado de General Board of Health, nunca más volvió al servicio público y murió en 1890.

cierto conservadurismo en la intención de dejar en poder del centro político la administración de la asistencia.

La segunda gran obra es el reporte sobre las condiciones de vida de la clase obrera (1842) es conceptualizado como el gran texto de la salud pública. La visión de Chadwick llama la atención hacia las clases pobres, su condición de vida, sus residencias, su economía familiar, las condiciones de ventilación de las viviendas, compara las formas de vida entre clases, confronta las leyes que los rigen, identifica enfermedades, dibuja las alcantarillas y sus dimensiones. El reporte ha sido definido como un texto de contenido político llegando a formular un análisis de costo beneficio sobre las condiciones de salud de las familias pobres.

Este reporte pasa así a la historia como el antecedente directo de la reforma de la salud pública de 1848 en Inglaterra y también como una obra pionera en la salud ambiental como lo ha definido el Chartered Institute of Environmental health de Londres.

El cólera que llegó en 1848 gatilló un nuevo proceso que terminó por fijar la impronta de Chadwick en la historia. Sólo en Inglaterra murieron 54.000 personas. Se iniciaron las reformas a nivel local y se recogieron datos demográficos y de salud, se organizaron puestos de salud, se estudiaron las enfermedades y se definieron medidas de prevención y control. De facto se estableció un sistema de salud pública refrendado por el Acta de 1848, creándose una Junta General de Salud.

Hamlin (1998) reseña el marco de aparición de la salud pública de Chadwick en base a cuatro aspectos. En primer término la ideología reinante, que mezcla el liberalismo económico y las ideas de Malthus. Además la viabilidad del Estado como garantía de posibilidad para que se estructuraran mandatos acerca de un tema de la esfera pública como la salud. En tercer término la relación con las preocupaciones religiosas y en cuarto lugar el desarrollo de la medicina.

El sanitarismo devela la parte oscura del estereotipo de la Inglaterra victoriana que se maneja tradicionalmente. Es el excremento el que se ve, dice Hamlin (1998) aludiendo no sólo al Támesis, sino a la incapacidad de las normas para salvaguardar el sistema social y productivo basado en el esfuerzo físico humano. La identificación de las condiciones ambientales como la principal causa de mortalidad, la relevancia en ese sentido del agua potable y la alimentación, todo ello hace que el ímpetu del sanitarismo lleve a la fundación de la salud como pública.

Hamlin (1998) opta por una interpretación que incorpora la política o el espacio

público de la época en que se verifica la miseria urbana. Explicita las dos grandes transformaciones que explicarían el proceso de Chadwick. En primer lugar la tesis de William Coleman que sostiene como la moral económica de la medicina se enlaza con la economía política del capitalismo industrial. La otra gran transformación sería la tesis de Foucault, según la cual las relaciones de poder pueden ser incorporadas, hacerse parte del cuerpo o el cuerpo mismo a partir del trabajo.

Estas dos tesis aluden a dos esferas en plena transformación en el siglo XIX, lo público y lo privado. En la primera transformación la dicotomía aparece determinada social y políticamente, en la segunda transformación aludida, esa dicotomía se rompe o tiende a diluirse.

Sea, una u otra, ambas permiten entender que estamos hablando de relaciones de transformación más allá del plano meramente científico-tecnológico.

Bourdelaís (2006) sostiene que el sistema inglés y el rol de Chadwick simplificaron la salud pública a un concepto como la limpieza lo que permitió basamentar la salud pública, mientras en Francia la escuela de medicina practicaba autopsias en grandes números para entender las enfermedades, incorporando la comparación estadística. En ambas experiencias, la revolución industrial habría estimulado los efectos económicos y sociales (Bourdelaís, 2006).

En esta línea de interpretación, son las grandes transformaciones las que aceleran los procesos de reforma en la salud como en todos los ámbitos de la vida. No se puede establecer relaciones causales que restrinjan la multiplicidad de elementos señalados, sin embargo hay una serie de consecuencias con las cuales se puede establecer un diálogo con interés explicativo.

No se ha establecido aquí una relación de comparación in extenso con los procesos de Francia y de Alemania que desarrollan sus propias vías sanitarias, sin embargo podemos ver cómo se encuentran en sus objetivos.

Francia ya había abierto un camino de interrogación estadística, comandado por Villermé para identificar las condiciones de salud y los efectos que se podían atribuir a condiciones ambientales.

La disputa de entonces se repetía en Inglaterra entre los contagionistas y los no contagionistas. Hacia 1854 esta disputa tuvo una prueba de fuego cuando se desató una nueva epidemia de cólera. Los contagionistas sostenían que los enfermos se producían por el contacto con ropas, pertenencias o el mismo enfermo, lo que podía definir amplios lugares en cuarentena, especialmente más allá de las costas. Ante ello, los

anticontagionistas sostenían la posición de que los vientos y las condiciones atmosféricas en general transmitían las enfermedades a través de las miasmas que consiste en el estado dinámico que se transforma permitiendo o no el contagio.

En tal enfrentamiento, John Snow (1813-1858), un cirujano que había sido llamado para apoyar la lucha contra el cólera sostuvo una tercera posición. Snow argumenta que el cólera se aloja en los intestinos y que su sintomatología se debe a la pérdida de los líquidos corporales. Entiende de esta manera la cadena de contagio a través de los sistemas de agua contaminados por diversas vías entre las cuales es central determinar cuál es el agua que se consume en los hogares y de donde viene. En un estudio anterior en que ya seguía esta pista había determinado que en el sur de Londres el agua llegaba a través de dos empresas privadas que sacaban sus aguas del río Támesis en una zona de contaminación de cloacas. Snow ideó mapas explicativos, mientras que la Junta General de Salud decidió que estaba equivocado. Sólo en la última parte del siglo XIX, Robert Koch vendría a establecer relaciones entre el cólera y el bacilo coma, lo que en parte haría justicia a Snow.

Visto desde la actualidad, Snow había hecho anticipadamente un estudio de impacto ambiental de las plantas de agua del sur de Londres y había descubierto que no había mejor explicación para los problemas que enfrentaba la ciudad (Doval, 2003). Su labor quedó en la historia como la posibilidad de delimitar aspectos ambientales para las epidemias y darles solución de manera rápida. No existía aun sin embargo una claridad respecto si se optaba por el determinismo de la naturaleza o la capacidad para modificar la naturaleza por parte de los seres humanos.

Entre Chadwick y Snow se da esa continuidad, la de apreciar los efectos humanos y una posibilidad de constituir soluciones. Aún desde un determinismo acentuado, se reconocía ya el efecto humano en las imágenes de las ciudades descritas por Charles Dickens (Lemkov, 2002).

El concepto en definitiva se va nutriendo de una serie de procesos asociados a los cambios tecnológicos de la época. Ferreira (1982) identifica junto a la labor de Chadwick, los descubrimientos bacteriológicos, la formación de las enfermeras profesionales, los datos estadísticos de población y la acción de los reformadores sociales en la política.

Estos cinco elementos llevaron a constataciones respecto de las implicancias para la salud individual de la vida no sólo personal, sino de las condiciones sociales¹⁰ y

¹⁰ Jules Guérin empleó de hecho el concepto de medicina social por primera vez en 1848 (Ferreira,

ambientales. Por el contrario Freitas (2003) nos permite relativizar la idea de avance de lo social en la salud al argumentar que la preocupación por los procesos políticos y sociales de mediados del siglo XIX en Inglaterra, “com o paradigma microbiano essa relação foi reduzida aos problemas de saneamento e a controle de vetores. A dimensão social e política passa a ocupar lugar marginal e periférico” (Freitas, 2003:137).

Este proceso es acompañado por el alcance transfronterizo de la salud pública naciente. El 23 de Julio de 1851 se realizó la Primera Conferencia Sanitaria Internacional en París que ha sido definida como el nacimiento de la sanidad con un carácter internacional (Mateos, 2006). La convocatoria era a un encuentro no de carácter científico ni político, sin embargo, se proponía la invitación a los Estados y sus representantes, así como a un miembro destacado del ámbito de la salud. Se discutió centralmente medidas y procesos de información sobre las epidemias. Sin embargo, fracasó en su operacionalidad como reglamento (Organización Mundial de la Salud, 1958).

Será hasta 1903 que se podrá firmar un Convenio Sanitario Internacional en París y en 1907 fundar la Oficina Internacional de Higiene Pública (OIHP), que comenzó a funcionar un año más tarde. Si bien debió suspender sus actividades en 1914 debido a la guerra, ya había emprendido a esa fecha una serie de recomendaciones, investigaciones y revisiones de normativas tendientes al mejoramiento de condiciones de salud a nivel internacional. Cuando se volvió a reunir hacia 1919 se impuso la idea de ubicarse bajo el alero de la Sociedad de Naciones surgida del proceso de paz, lo que derivó en un funcionamiento por separado tanto en París como Ginebra debido a la falta de acuerdo entre los Estados. La segunda guerra mundial nuevamente paralizó prácticamente las funciones de la OIHP y sus labores fueron retomadas hacia 1943 mediante la Administración de Socorro y Rehabilitación de las Naciones Unidas (UNRRA).

La constitución de las Naciones Unidas contempló desde el inicio la salud como elemento central para el futuro de las naciones y el 7 de abril de 1948 entró en vigor la Organización Mundial de la Salud (Organización Mundial de la Salud, 1958).

De esta institución es que surgirá la definición de salud como “estado de completo bem-estar físico, mental e social e não apenas a ausência de doença ou enfermidade” (citado en Ferreira, 1982:21)

La salud pública, en tanto, se define en medio de este proceso. En 1923,



Winslow sostiene una definición que es asumida por la Organización Mundial de la Salud en 1953:

“Saúde Pública é a ciência e a arte de prevenir as doenças, de prologar a vida e melhorar a saúde e a eficiência mental e física dos indivíduos, por meio dos esforços organizados da comunidade tendo em vista o saneamento do meio ambiente, a luta contra as doenças que apresentam importância social, o ensino aos indivíduos das regras da higiene pessoal, a organização de serviços médicos e de enfermagem com a finalidade do diagnóstico precoce e do tratamento preventivo das doenças, assim como pôr em execução as medidas sociais convenientes para assegurar a cada membro da colectividade um nível de vida adequado à manutenção da saúde, por forma que cada indivíduo possa usufruir o seu direito à saúde e à longevidade” (Ferreira, 1982:5)

Los cuatro objetivos de la salud pública serán de acuerdo con esta definición la promoción de la salud, la prevención de la enfermedad, el diagnóstico y el tratamiento precoz y la recuperación.

La mayor parte de las políticas a nivel internacional tienen esta impronta, tengan ellas mayor o menor éxito. De fondo es la centralidad de los cuatro elementos lo que representa la gran novedad en ese largo periodo de las revoluciones en salud.

6. *Las revoluciones de la salud*

Si la primera revolución de la salud fue un duro proceso de advenimiento entre el modelo biomédico y la salud pública, la segunda revolución será un proceso más rápido en tiempo pero igual de intenso y complejo.

Richmond (1979), citado por Ribeiro (1998) acuñó la idea de segunda revolución de la salud en su informe sobre la salud de los americanos. Allí expresaba que la primera revolución de la salud se preocupó centralmente de las enfermedades mientras que la segunda revolución debía centrarse en la salud. La epidemia de mediados del siglo XX era la comportamental asociado a beber alcohol, fumar tabaco o incurrir en riesgos (accidentes). Más allá de las políticas, Ribeiro (1998) ubica los argumentos de esta propuesta en textos como los de McKeown (1972) en que sostiene

que “as melhorias da saúde no passado foram devidas, principalmente, à modificação do comportamento e a mudanças no ambiente, e é para estas influências que devemos olhar em especial, tendo em vista, futuras melhorías” (McKeown, 1972 citado por Ribeiro, 1998:67).

Marc Lalonde, en Canadá presentó en 1974 un reporte acerca de la salud de los canadienses que marcó el inicio de esta revolución. Su análisis proponía una llamada Nueva Salud Pública. Los elementos que destaca en ese campo son la biología humana, el ambiente, los estilos de vida y la organización de los servicios sanitarios. Ashton y Seymour (1988) publican “La nueva salud pública ” en la que describen la necesidad de la prevención con la imagen de los profesionales evitando que las personas caigan a las aguas tormentosas de un río en vez de tratar de rescatarlos aguas abajo. Los elementos para evitar que las personas caigan en el río de la enfermedad es una noción ambiental. El mismo Ashton sostendrá una lógica de publicaciones en las cuales aborda el concepto de promoción de la salud, ciudad saludable y nueva salud pública.

Fruto de este proceso es la demanda por la promoción de la salud y la Carta de Ottawa de 1986 que la define como el “processo de 'capacitar' (enabling) as pessoas para aumentarem o controlo sobre a sua saúde” (Ribeiro, 1998: 69). Este tipo de estratégia permite tanto aminorar costos respecto de la salud como sumar horas de trabajo en la población económicamente activa. Esto ha sido avalado por estudios de Rand Corporation que analizó los costos sociales de los malos hábitos en salud concluyendo que son caros socialmente, además de un informe de la Apa task Force on Health Research de 1976 en que citan investigaciones con datos sobre individuos que con menos salud también ganan menos. Las empresas a su vez obtienen mayores ganancias si implementan programas de promoción de salud entre sus trabajadores (Ribeiro, 1998). Esto se complementa con los estilos de vida saludables que Lalonde define como “o agregado de decisões individuais que afectam a vida (do indivíduo) e sobre as quais tem algum controlo” (en Ribeiro, 1998:72). Esto aparecerá con una modificación en la Carta de Ottawa en que se opta por el uso de “personal skills” en vez de estilos de vida.

En una agrupación teórica realizada el año 2006 por Alvaro Franco de la Universidad de Antioquía, se ubica a la nueva salud pública junto a la educación popular, promoción de la salud, la ecoepidemiología, la teoría ecosocial, la teoría salutogénica y la medicina social. Todo ello formaría lo que comúnmente se llama enfoque holístico de la salud pública. Naturalmente lo importante de tales clasificaciones es el tipo de ligazón que se usa, más allá de los nombres o etiquetas que

sirven de comodín a nivel discursivo.

La idea de un ciudadano consciente de sus deberes para con su salud expresaría inevitablemente una mejoría en los niveles de aceptabilidad de la complejidad por la vía de la libertad individual y la decisión personal. Pero claramente esto está en directa contradicción con la supranacionalidad o globalidad de algunos de los problemas más graves que ha tenido que enfrentar la salud mundial. Petersen & Lupton (1996) desarrollan una serie de argumentos que la cuestionan como:

“a new morality system in ever-more secularised Western Societies, a means of establishing a set of moral tenets based on such oppositions as healthy/diseased, self/other, controlled/unruly, masculine/feminine, nature/culture, civilised/grotesque, clean/dirty, inside/outside and rational/emotional” (Petersen & Lupton, 1996:xii).

En primer lugar la calidad de *empresa moral* de la nueva salud pública se verifica en la idea de que prescribe a través del experto respecto de los conocimientos que son válidos y los que no, a partir supuestamente de una desinteresada ciencia. Esto justifica lo que podría ser la interpretación foucaultiana de la represión y el control social.

En segundo lugar el foco de la nueva salud pública en la *epidemiología* como la forma más segura de validación y persuasión está basado en un post-iluminismo que se expresa en la lógica de la causa-efecto.

En tercer lugar el uso del discurso de ciudadanía que asume una salud de carácter inestable que debe ser enfrentada por una ciudadanía *consciente*, sólo se puede derivar a una idea de *autocontrol* del propio ciudadano en base al saber impuesto como verdad en la sociedad.

Con todo, la Nueva Salud Pública aún se verifica en la actual impronta de las instituciones y políticas internacionales en salud.

La cuarta crítica se revela en tres dimensiones. La nueva salud pública utiliza la noción de riesgo ambiental de manera restringida, derivando a la centralidad de la vida urbana en el análisis. Derivado de lo anterior, la condición o sello de *healthy* y su aplicación tanto a individuos como ciudades redefine los espacios patologizándolos, y por lo tanto define un ideal de participación comunitaria que opera como mecanismo de identidad básica a nivel de barrios. La participación, la vida en común, aparece

totalmente reorganizada por lo que se definen también sus límites.

Se reinstala políticamente la noción del otro que no sabe o no entiende y que por lo tanto es excluido de un nivel de privilegio al que puede acceder aquel que se identifique con una comunidad específica y que cumpla con el requisito de la vida saludable.

Beck-Gernsheim (2000), sostiene que tras la idea de salud y responsabilidad, no se responde a qué tipo de deberes estamos dispuestos a llegar, especialmente si esto supone el aumento del control y la cohesión en vez de la promesa de la salud total.

Por su parte, Ribeiro (1998) valora las consecuencias positivas de la segunda revolución de la salud, que trae una opción ante el modelo biomédico, la perspectiva ecológica.

Esta crítica al modelo biomédico y las especificidades como el problema de la no adhesión a los tratamientos médicos (Pereira, 1997) constituyó el surgimiento del modelo biopsicosocial (Engel, 1977). Éste propone un proyecto de investigación y marco de aprendizaje respecto de la salud y la asistencia. Alude tanto a la medicina como a la psiquiatría, como las disciplinas que debían cambiar en una perspectiva bio-psico-social. Lo plantea como la necesidad de un diálogo ante la incapacidad del modelo biomédico, basándose en la teoría de sistemas.

30 años más tarde, sin embargo, estos planteamientos han sido catalogados como formadores de antítesis entre lo biológico y lo psicosocial, además de sostener cierta pureza inexistente en los tratamientos psicológicos. En esta línea, Shah & Mountain (2007), defienden la vigencia del modelo biomédico pero no cómo el poder de los médicos sino como un entramado de poder en que cualquiera puede ingresar y ejercerlo por lo que concluyen que los médicos no deben defender el modelo biomédico sino que aprovechar de incorporar elementos del modelo de Engel.

Si bien esta revisión es realizada desde la perspectiva del modelo médico en psiquiatría, nos interesa mostrar que la crítica no ha sido definitiva para la superación de un modelo por otro, sino que ha derivado en una permanente incorporación de elementos de ajuste.

Un ejemplo de ello es lo que McKeown, (1990) plantea como las tareas centrales en salud. En cuanto a los países emergentes, éstos deben mejorar su conducta alimenticia mientras los países desarrollados deberán enfrentar principalmente las desigualdades que persisten en su sociedad en cuanto a la salud.

Esto es un problema económico, dice, tanto como médico. Otro elemento que

actúa a la base de las conclusiones sobre combate a la enfermedad en McKeown es la idea de dominio del ambiente hostil que legó la industrialización. Para él, “parece provável que num futuro não muito distante os riscos ambientais que causam doenças não transmissíveis sejam dominados com tanta eficácia como os riscos que causam doenças infecciosas” (McKeown, 1990:284).

Esta confianza, la relativiza cuando la complementa con aspectos conductuales y la brecha entre el deseo y el placer, o la racionalidad de sentirse sano según los parámetros aceptados social y científicamente y la capacidad de llevar eso a un plano personal. En esta lectura de McKeown, podemos identificar la base de sus esperanzas, que es nuevamente la investigación biomédica.

La tercera revolución de la salud que estaría en curso en la actualidad la designó Relman (1988) y se basa en la idea de Ellwood (1988) de gestión de los costos en salud (Ribeiro, 1998: 66). Esto por un lado tiene una perspectiva de control de costos pero también de gestión de la información de manera de explicar adecuadamente los costos a los ciudadanos antes de que estos estén en necesidad de tratamiento. Los pares conceptuales, costo directo e indirecto, costo y beneficio, costo y utilidad, costo y efectividad (Béresniak e Duru, 1999) son trabajados como parte de los planeamientos en los sistemas de salud nacionales. Esta dimensión tiene una base en la economía de la salud a partir de las especificidades de los costos en la salud que difieren de otras áreas de la economía (Barros, 2006). La administración de los sistemas en sus instituciones, seguros, etc. permiten que en la actualidad uno de los grandes temas de debate sea la equidad en salud. Esto surge desde los trabajos de Grossman en la década de los 70 sobre los dos principios de su modelo:

“a) tratar a saúde como un stock, análogo ao stock de capital humano; b) considerar a saúde como un processo de produção conjunto, requerendo contribuição quer do indivíduo (nomeadamente através do uso de tempo) quer de consumo de bens e serviços apropriados, denominados cuidados médicos” (Barros, 2006:59)

Tanto las anteriores revoluciones de la salud como esta, permiten tener una idea de la actualidad de los debates en torno a la salud que ha permitido una apertura hacia diversas disciplinas.

7. *Salud y ciencias sociales.*

Generalmente se utiliza el concepto de “modelo biomédico”, (Ribeiro, 1998) como un sustantivo, lo que facilita una crítica externa o interna por separado que no rompe con el modelo sino que enumera consecuencias que pueden ser discutidas en términos de validez y falsación popperiana o llegar a ser materia de una reconstrucción racional de la ciencia (Lakatos, 1989). Este debate se ve restringido a la ligazón entre círculo interno y externo en la ciencias sobre el que ya trabajó Lakatos (1989). Vale decir se centra en las condiciones de existencia más que de posibilidad de existencia, de mantención más que de surgimiento.

Como hemos advertido, la disciplinarización que surge de esta crítica es diversa y va desde la reconstrucción histórica de las enfermedades como experiencia social, en que ha profundizado especialmente la salud colectiva (Caponi, 2006) hasta la experiencia del sufrimiento o la crítica a los factores de mortalidad-morbilidad. De allí surgen el estudio de las transiciones en Salud como plantea Kleinman (1995), que se ha traducido en una amplia influencia de la Antropología de la Salud.

En la misma línea la crítica al dualismo mente-cuerpo ha generado una necesaria abertura hacia la psicología de la salud (Ribeiro, 1998) o lo que se ha llamado perspectiva biopsicosocial (Engel, 1977). Sin embargo, cabe preguntarse con Graça Carapinheiro (2005) si el saber-poder médico produce concepciones sobre su identidad y prácticas de manera que sirvan de soporte ideológico para el desarrollo de sus estrategias.

Estas tres perspectivas críticas, la histórica, la antropológica y la biopsicosocial han desarrollado a su vez una serie de sub-especializaciones que se han traducido en una exigencia de vinculación entre las ciencias de la salud y las ciencias humanas (Abdelmalek e Gérard, 1999) o sociales como interdisciplinariedad (Nunes, 1992) en base a la idea de que todo conocimiento científico-natural es conocimiento científico-social (Santos, 2003). A partir de la noción de complejidad, transdisciplinariedad e interdisciplinariedad han derivado en lo que Filho (2005) sostiene implícitamente cuando se pregunta si seremos obligados a superar el paradigma de las disciplinas en salud. La pregunta abierta tiene una base, “a produção competente da ciência viabilizará abordagens totalizantes, apesar de parciais e provisórias, sínteses transdisciplinares dos objetos da complexidade” (Filho, 2005:47). Ejemplo de ello, sería que ante la

perspectiva neodarwiniana que busca las bases biológicas de nuestra conducta (Dawkins, 2002) prevalecerá la crítica a la biología como ideología (Lewontin, 1998b). Ese debate continúa y la pregunta seguirá entonces abierta: “¿isto implicará a emergência de uma ciência pós-disciplinar? (Filho, 2005:47).

La confusión entre causas y agentes sigue reinando. La persecución de causas en las enfermedades esconde a una “fraca racionalidade de um plano de produção anárquico” (Lewontin, 1998a). Las respuestas ensayadas por la ciencia tradicional y avalada en el modelo biomédico nos han puesto de nuevo ante una edad en transición en que se suman investigaciones sobre la modificación genética en una sociedad que resuelve la vida con una triple hélice. “Por isso muitos já se questionam se não se estará numa fase de transição para a idade das biopolíticas genético-preventivas do futuro” (Mendes, 2007).

Estas políticas podrían derivar hacia un centralismo biológico como el ya diagnosticado por Foucault, pero que ahora contarían con una tecnología nueva de modelación del futuro de la especie para un nuevo y reforzado determinismo. Y entonces la única posibilidad de continuidad del pensamiento científico sería aferrarse a esa inestabilidad como la analiza el Premio Nóbel de Química, Ilya Prigogine: “O que emerge hoje é pois uma descrição mediana, situada entre duas representações alienantes, a de um mundo determinista e a de um mundo arbitrário submetido apenas ao acaso” (Prigogine, 1996:186).

Esto es el discurso del someternos o adaptarnos ante la bio-ingeniería: “Neste historicismo assoma, uma vez mais, o *stock* de determinismo e finalismo que periódicamente faz as suas aparições no mundo moderno” (García, 2006:1009).

Todos los enfoques críticos y sus consecuencias, nos ponen en un lugar que tiene cierto aire de privilegio pero también una fuerte inestabilidad. Las críticas se han ido volcando hacia sí mismas en la historia y aunque podamos valorar claramente el aporte de cada proceso revisado, eso no nos resuelve una actualidad más allá de dos conceptos.

Podemos concluir este capítulo identificando las dos ideas que definen la biopolítica de la salud, por un lado la de incertidumbre y por otra la del determinismo y que será necesarias de analizar respecto de la variable del medio ambiente para identificar posibles ligazones.

CAPÍTULO 2 LA SOCIEDAD DEL RIESGO AMBIENTAL

En este capítulo analizamos en la primera parte la variable del medio ambiente en su dimensión histórico-disciplinaria mediante la cual se entiende el contexto de la salud ambiental. Luego incorporamos las visiones respecto de la perspectiva ambiental que expresan la idea de complejidad y de reflexividad. Abordamos el contexto en que este proceso ha sido conocido como la sociedad del riesgo desde la noción desarrollada por Ulrich Beck (1986) y que ha derivado en el debate sobre la individualización (Beck y Beck-Gernsheim, 2003) y el cosmopolitismo (Beck, 2008) que definen un escenario de incertidumbre biográfica. Esto nos permite vincularlo con el capítulo anterior y la impronta respecto de la incertidumbre.

1. Determinismo Ambiental

No siempre tuvimos una relación compleja, por lo menos en las ideas, con la naturaleza. Esta relación comenzó en occidente de otra manera. Resulta revelador que los autores que reconstruyen la historia de las concepciones ambientales del pensamiento occidental, lleguen a la experiencia de los escritos de Hipócrates. En los Tratados de Hipócrates la presencia del aire, el agua y los territorios son asumidos como determinantes de algo más que la salud. El agua debía ser de las montañas, evitar su mezcla con los metales que se encuentran en las aguas termales, el aire está en relación con la humedad y los vientos, mientras que los lugares determinan las características visibles de sus poblaciones humanas y animales (Hipócrates, 1996). Lemkov (2002), lo coloca así como el inicio del determinismo ambiental de la vida humana en colectivo. Antes de verse debilitada hacia el siglo XVIII, éste fue fuertemente alimentado por la creencia original de Hipócrates de que los lugares determinaban el carácter de las personas y por lo tanto sus defectos o virtudes.

Lemkov ubicará en este determinismo ambiental a Montesquieu, Rousseau y Kant especialmente en sus aportes al desarrollo de la geografía alemana. Con todo, ni

quiera los descubrimientos, y la información acerca de pueblos muy distintos a los conocidos, pudieron provocar problemas para el determinismo. Todo lo contrario, se ve reforzado, incluso, se podría hablar de determinismo ambiental ya entrado el siglo XX. Pero, este determinismo reinante tenía una sola posibilidad de ser criticado ya que llegaría el momento en que comenzarían a verse los efectos que los seres humanos iban a provocar a mediana escala en su ambiente, que ya no los podía determinar de la misma manera que antes.

Ese momento de inflexión podríamos ubicarlo en lo que Beck (1986, 2006) describe como la disolución de la sociedad agraria, debido principalmente a que en medio de tal disolución hacia el siglo XIX es cuando la revolución industrial viene a poner en primer lugar los problemas derivados de la acción humana en su entorno. Esta relación la hacemos además pensando en que el largo proceso de cambio modernizador de la revolución industrial comienza ya en el siglo XVIII y se alarga conformando la modernidad. En cuanto a la relación con la naturaleza, esta cambia hasta un nivel casi opuesto al determinismo, ahora será un espacio a conquistar, a explotar, a determinar.

En esta época surge la publicación de la obra central de Darwin (1809-1882) que explícitamente se declara iluminado por las ideas de Malthus. A pesar de los debates de entonces, aun persiste un fuerte determinismo que irá dando paso a una visión biologicista en la teoría social. La lucha por la existencia en Darwin pasará a un nivel de aplicabilidad amplia con Herbert Spencer (1820-1903) en lo que se llamó darwinismo social. El ser humano no hacía la civilización sino más bien ésta pertenecía al orden natural (Lemkov, 2002). La ley subyacente de carácter orgánico fue difundida por Spencer y llegó a Alemania de la mano del inventor del concepto *ecología*, Ernst Haeckel (1834-1919), a la vez que en Inglaterra su exponente mayor era Francis Galton (1822-1911). Lemkov (2002) sostiene que son precisamente la teoría de la evolución, la ecología y el organicismo, los tres conceptos de la biología que tuvieron una fuerte influencia en las ciencias sociales.

La *ecología* (*oikos=casa, logos=ciencia*) fue definida en 1869 por Haeckel, como el estudio de las interacciones de los organismos con su medio ambiente. Esta definición identifica la relación entre organismos vivos y no vivos. Sin embargo, se centraba en una visión de mundo macroscópica en la que sería necesario incorporar la influencia de los productos químicos, los microbios y los sistemas a gran escala. A esta definición se incorpora entonces la mirada acerca de la abundancia y distribución de los organismos. Herbert Andrewartha y Louis Birch en 1954, sostuvieron así que el

organismo es el núcleo de la ecología. Con la aplicación de esta noción a la actividad biótica surge una tercera definición como ecología ecosistémica cuyo exponente principal Eugene Odum, utiliza el concepto de *ecosistema* de Arthur Tansley.

En 1917, J. Grinnell, propuso el término *nicho*. Como nicho ecológico se entenderá el desempeño de un organismo en su lugar, en un ecosistema (Massoud, 1992). Arthur Tansley, ecólogo inglés, forjó en los años treinta el concepto “ecosistema” (Tansley, 1995), para designar la conjugación entre una comunidad y su ambiente abiótico, vale decir un sistema ecológico. El artículo publicado en 1935 por Tansley, decantó un concepto que se venía formando en los textos de consulta desde fines del siglo XIX (Odum, 1972).

2. Ecología Humana y Ecología Cultural

Entre las décadas del 20 y 30 del siglo XX se formularon las dos corrientes centrales que ponen en relación la perspectiva ambiental y las ciencias sociales. Las escuelas “ecológicamente orientadas” (Lemkov, 2002) son La Ecología Humana y la Ecología Cultural.

La Ecología Humana de la Escuela de Chicago, fue formada por sociólogos y algunos geógrafos. Estudiaron principalmente las relaciones espaciales. Sostuvieron además una aplicación del concepto de “trama de la vida” que Ezra Park y Roderick McKenzie tomaron de Darwin. Junto a ello, se vieron influenciados por *La división del trabajo en la sociedad* de Durkheim (1839), lo que lleva a Lemkov (2002) a identificar cuatro vertientes centrales que dan forma a esta escuela: la ecología y la biogeografía, la teoría de la evolución, la división del trabajo social de Durkheim y el organicismo de Spencer. También actuaron bajo la idea de que los procesos ecológicos son tendientes al equilibrio, lo que permite la regulación de la competencia en el sistema.

En tanto, la escuela de la ecología cultural, tuvo una centralidad antropológica en su formación destacándose como su principal gestor Julian Steward quien se distancia de las explicaciones espaciales de la ecología humana, aunque sí compartió la noción de adaptación de las especies. La vertiente cultural es la que precisamente trae la especie humana, dominante, y la coloca en el centro de la regulación. Para Steward (1978) citado en Lemkov (2002), la ecología cultural debía estudiar la interrelación de la tecnología de explotación o productiva con el medio ambiente, las pautas de conducta

aplicadas en la explotación de un área concreta por una tecnología en particular, y ver hasta donde tales pautas de conducta afectan otros aspectos de la cultura.

En general el proceso que va desde el determinismo al reduccionismo biológico sólo viene a decantar luego de que el uso nazi de las ideas darwinianas pusiera una luz de alerta tras la segunda guerra mundial. Sólo algunas escuelas ligadas a la sociobiología han sostenido aún la perspectiva de Wilson quien asume la sociobiología como el estudio sistemático de las bases biológicas de toda conducta social (Wilson, 1975 citado por Lemkov, 2002).

Desde una visión contrapuesta, en las décadas del 50 y 60, Odum postula la necesidad de una nueva ecología que logre integrar saberes diversos, lo que retoma el 2000 estableciendo un enlace más claro con las ciencias sociales. Los conflictos aislados que tradicionalmente podían explicarse a partir de la diferencia entre países desarrollados y países en vías o sub desarrollados, ya no pueden resolverse individualmente. Se necesita una visión relacional en que la acción basada en valores holísticos sea una alternativa a la competencia y la exclusión social (Odum, citado por Keller & Golley (ed.), 2000).

Hacia el fin del siglo XX se impone la necesaria transversalidad para la ecología en base a interacciones entre ecosistemas, mecanósfera y universo de referencias sociales e individuales (Guattari, 1996). Liberada así la perspectiva ecológica del determinismo por lo menos en su matriz conceptual, pasa a tener un rol en la sociedad mucho más general y se aplica a diversos campos. Como vimos en el capítulo anterior cuando la salud se abre hacia la interdisciplina o al paradigma post-disciplinar en la segunda mitad del siglo XX, coincide con la generalización de la perspectiva ecológica. Fruto de ello es que se develan procesos hasta ese momento desconocidos o restringidos y que impactaron de manera también trasversal.

3. La Salud Ambiental.

La comprensión para la salud colectiva de la importancia de los problemas ambientales es un proceso que siendo actual emerge con el propio nacimiento del movimiento ambiental cuyo hito central es la publicación de Primavera Silenciosa en 1962 (Carson, 2001). Desde la salud colectiva se reconoce esa impronta como “a recuperação da dimensão política e social” (Freitas, 2003:139) para ese campo.

La tesis motivadora de *Silent Spring* en 1962, texto que profundizó en los efectos del DDT en la población, se ve actualizado. Carson explica que no basta con que alguien sostenga que no aprecia los síntomas del desequilibrio, ya que a pesar de la ausencia de dramáticos síntomas, el que maneja los pesticidas se vuelve quístico en todos los tejidos grasos de su cuerpo (Carson, 2001). La simple observación de los fenómenos no bastaba entonces para anticipar los efectos que suceden en las poblaciones humanas. Su análisis sobre el DDT, lleva a la autora a cuestionar la dirección y objetivos de la sociedad industrial, incluyendo la competitividad humana y el derecho a dominar y manejar los ecosistemas (Oyarzún, 2006). El cambio sustancial será una idea de bienestar, de buena salud o estar en equilibrio, dice Goldsmith, en base a parámetros diversos, físicos, químicos, biológicos, psicológicos, sociales y ecológicos: “Somos libres, sin duda, de violar estas leyes, más tenemos entonces que sufrir las consecuencias de eso bajo la forma del deterioro de nuestra salud” (Goldsmith, 1995).

Carson (2001) no sólo relata ejemplos de los efectos en la salud de sustancias químicas, sino que llama la atención sobre la indolencia humana cuando de determinar causas y efectos se trata. Como hemos visto este juego de la causa-efecto es un par que resuelve la incógnita respecto de la salud de manera mecánica, sin embargo, esto no funciona así cuando se trata de la salud ambiental:

“Estamos acostumbrados a buscar los grandes e inmediatos efectos e ignorar todo lo demás. A menos que éstos aparezcan rápidamente y en forma tan obvia que no puedan ser ignorados, negamos la existencia de los peligros. Hasta los científicos sufren el cansancio que les producen los medios inadecuados para descubrir los prolegómenos del mal” (Carson, 2001:152-53)

Si bien la especialización permite avances en las ciencias, la interdisciplinariedad en un concepto como este permitiría un diálogo más horizontal entre las esferas de la sociedad contemporánea y las diversas culturas disciplinarias involucradas. Desde los efectos cancerígenos de las sustancias orgánicas persistentes hasta los crecientes niveles de mortalidad por enfermedades infecciosas o hábitos alimenticios poco saludables, la preocupación ha llevado al aumento de la constitución de espacios académicos o de investigación científica que buscan estudiar las condiciones ambientales que afectan a la salud en la sociedad contemporánea. A la par, asuntos globales salen del reducto estrictamente científico y se instalan en el espacio

social. La irrupción del cambio climático como principal tema de debate ambiental ha traído nuevamente esta demanda¹¹.

La ciencia aparece como legítima poseedora de respuestas ante la “multiplicação de controvérsias públicas amplamente mediatizadas, particularmente en domínios como o ambiente e a saúde pública” (Gonçalves, 2000:155). Los expertos no coinciden entre sí y se amparan en una supuesta independencia de poderes externos a la ciencia, sin embargo esto se complejiza con la noción de riesgo que sugiere límites a la capacidad de resolución.

En un texto editado por la Federación de Asociaciones para la Defensa de la Sanidad Pública en España se hace una re-visión del concepto de salud ambiental. Germán sostiene que hasta ahora la relación del concepto ha buscado aislar problemas mediante determinismos causales a pesar de que en la realidad los problemas se comportan de manera compleja e imprevisible (Germán, 2005).

Parece no haber cambiado la desesperación por las causas rápidas, directas. Así lo atestiguan los reportes que se suceden año a año sobre efectos en la salud o incluso el amplio debate sobre el agotamiento de las cumbres y los protocolos internacionales¹².

Los esfuerzos que se han hecho en la línea de vincular la crisis ambiental a la salud en Europa están en el contexto de preocupación que viene desde la Cumbre de Río y que ha significado la realización de numerosos estudios que buscan aplicar sus principios a comunidades locales¹³ (Chivian en Grifo & Rosenthal (ed.), 1997). De hecho, la demanda ante la desigualdad, la desprotección, llevaron a que en la Cumbre de Río (1992) se advirtiera que “la calidad ambiental y el crecimiento económico no pueden seguir siendo elementos adversativos, ya que la mejora del ambiente y el desarrollo sostenible son ambos necesarios para lograr la equidad” (Organización Panamericana de la Salud, 1998).

En función de ello, los Estados son compelidos por la Declaración de Río al especificar en su principio 1 que “los seres humanos constituyen el centro de las preocupaciones relacionadas con el desarrollo sostenible. Tienen derecho a una vida

11 Bettina Menne de la Global Change and Health Unit de la Organización Mundial de la Salud sostuvo en mayo de 2007 en la reunión anual de la OMS (Ginebra) que el calentamiento global está impactando de manera sostenida en la proliferación de ciertas enfermedades en Europa.

12 El fracaso del protocolo de Kioto sobre reducción de gases con efecto invernadero y el actual debate sobre un protocolo post Kioto ejemplifica las dificultades que tienen los Estados, especialmente Estados Unidos, para resolver asuntos en que el medio ambiente esté presente. Actualmente se ha definido un programa de trabajo conjunto de la Unión Europea y Estados Unidos para llegar a un acuerdo sobre el tema antes de fines de 2009.

13 De ahí que indiferente de los países o continentes nos hayamos familiarizado con conceptos como Agenda 21 y ciudades saludables.

saludable y productiva en armonía con la naturaleza” (Organización de las Naciones Unidas, 1992).

Mientras tanto, se insiste en su principio 2: “De conformidad con la Carta de las Naciones Unidas y los principios del derecho internacional, los Estados tienen el derecho soberano de aprovechar sus propios recursos según sus propias políticas ambientales y de desarrollo” (Organización de las Naciones Unidas, 1992).

Esto puede revelarse como una contradicción a la hora de que los Estados tomen decisiones supeditando el principio 1. Asimismo el debate se ha ampliado hoy en día al principio 7 que supone una preocupación primordial por la responsabilidad de los países industrializados en la crisis ambiental.

En conclusión, la salud ambiental en tanto concepto teórico está determinado por dos vías principales, por un lado la condición de complejidad de los problemas ambientales y por otro la situación de ordenamiento internacional en la que la política no logra tampoco resolver la complejidad.

De esto es que surge la principal diferencia entre este momento histórico y el mencionado proceso de nacimiento de la salud pública en el siglo XIX. Existe una conexión histórica, sin embargo en un análisis inspirado en la perspectiva foucaultiana, la filosofía del lenguaje y el análisis de discurso, Petersen & Lupton (1996), sostienen que vivimos una nueva forma de control biopolítico para una sociedad inédita en la historia, la sociedad del riesgo que a su vez actúa como retórica ciudadana y self social¹⁴.

Este análisis, “health and self in the age of risk” (Peterson & Lupton, 1996) permite identificar el agenciamiento de la mirada panóptica en la vida cotidiana que puede ser ejercida por todo aquel que cumpla un rol directivo. El simulacro de democratización que esto supone queda suspendido en la dictación de comportamientos saludables.

14 Por ello es que la tensión instalada entre el Estado y el ciudadano se encuentra en un callejón sin salida aparente con la posibilidad de nuevas epidemias y contagio sin frontera clara para el control. El Informe Mundial de Salud 2007 de la Organización Mundial de Salud se tituló *Un porvenir más seguro Protección de la salud pública mundial en el siglo XXI*. En él se sostiene que “muchas de las emergencias de salud pública descritas en este informe podrían haberse prevenido o controlado mejor si los países afectados hubiesen dispuesto de unos sistemas de salud más sólidos y mejor preparados. A algunos países les resulta más difícil que a otros hacer frente eficazmente a las amenazas para la seguridad sanitaria porque carecen de los recursos necesarios o porque sus infraestructuras sanitarias se han desmoronado por falta de inversiones y escasez de profesionales sanitarios formados, o han resultado dañadas o destruidas por conflictos armados o por un desastre natural. Salvo raras excepciones, en general las amenazas para la salud pública son conocidas y controlables”. (Organización Mundial de la Salud, 2007:61). Vale decir, no hay control internacional, se insiste en la responsabilidad de los sistemas nacionales de salud.

La historia no es repetible por lo que reinventar la salud pública no va a evitar los daños colaterales que vivimos o que puedan aparecer en el futuro. Se hace necesario identificar una diferencia sustancial, ontológica, del sí mismo, del self. Si la globalidad en la revolución industrial era la globalidad del capitalismo emergente, la globalidad de la actual sociedad es la de la crisis global y su retórica es la del riesgo.

4. La modernización reflexiva

La Teoría de la modernización reflexiva (Beck, Giddens & Lash, 1994), sostiene que el paso de la sociedad industrial a una sociedad del riesgo sólo es posible cuando la modernidad se ve criticada en su self¹⁵, lo que ha significado una vuelta a los valores individuales.

Se distingue esta idea de reflexividad como un enfrentarse en sus propias bases, a diferencia de la idea de avance o progreso prometido en los valores de la modernidad. Es una transición autónoma, no deseada. Esto es lo que alude la palabra *reflexiva*, que se vuelve sobre sí misma.

Ya Beck (1986), había sostenido que la modernidad se ve contradecida en medio del proceso de transición desde la sociedad industrial a la sociedad del riesgo y propone cinco contrastes esenciales entre una teoría que se comprometa con la modernidad a secas y lo que puede significar una modernización reflexiva como campo de estudio y acción en el presente:

- Respecto a la situación de la vida, el estilo de vida y la estructura social: las categorías relativas a grandes grupos y teorías de clase no son equivalentes a las teorías de la individualización actual que a su vez intensifican la desigualdad social.
- La problemática de la diferenciación de funciones, autonomizadas se ve sustituida por la coordinación funcional. Se pueden ligar subsistemas, se actúa

15 Tanto Hanna Arendt como Freud escriben acerca de las transformaciones de la cultura. Desde El malestar de la Cultura (Freud, 1930), hasta La Condición Humana (Arendt, 1958) no hay sólo un periodo terrible en la historia de la humanidad sino que además está la irrupción de la inédita condición de la sociedad de riesgo. Ambos anticipan la contradicción interna de la cultura, del yo y el superyo de una sociedad cuya pulsión de muerte ya no puede dejar en la invisibilidad de lo privado los escarnios y la explotación de la propia especie humana. No hay separación posible de las condiciones llamadas hasta entonces externas e internas al ser humano. Ambos revolucionan el pensamiento si entendemos que la actual dominación o sentido de control biopolítico es ante todo subjetivo.

en red.

- Los modelos lineales (y el control) característicos de la fe en el progreso en una modernización perpetua se ven sustituidos por *imágenes argumentativas* en múltiples niveles. La autodisolución de los fundamentos de la racionalidad y de las formas de racionalización de los centros de poder de la modernidad industrial se ven destruidos en su certeza por los daños colaterales que dejan de serlo.
- Si para la modernización simple el motor de la transformación social está delimitada por la racionalidad instrumental (reflexión), la modernidad reflexiva concibe la fuerza motriz del cambio social en los daños colaterales (reflexividad). Aquello no percibido, sobre lo cual no se reflexiona, se vuelve parte de la grieta entre sociedad industrial y sociedad del riesgo.
- Más allá de la izquierda y la derecha, en tanto metáfora espacial de la modernidad para el ordenamiento de lo político, surgen conflictos de tipo político, ideológico y teórico que pueden sostenerse en las contradicciones cierto-incierto, dentro-fuera y político-apolítico. (Beck, en Beck, Giddens & Lash, 1994:219)

5. La sociedad del riesgo

El concepto de *Risikogesellschaft* o Sociedad del Riesgo, (Beck, 1986) define la segunda modernidad¹⁶. Sostiene que la sociedad moderna está determinada por nuevas formas de riesgo, que sus bases están siendo sacudidas por la anticipación de una catástrofe global. La percepción global de los nuevos riesgos se caracteriza por los siguientes factores:

- a) *“Deslocalización*: Sus causas y consecuencias no están limitadas a un lugar o espacio geográfico; son en principio omnipresentes.
- b) *Incalculabilidad*: Sus consecuencias son en principio incalculables. En el fondo es una cuestión de riesgos *hipotéticos* que están basados sobre todo en el no-conocimiento inducido por la ciencia y en el disenso normativo.

16 La estructura del texto original de Beck (1986) permite identificar algunos nodos primordiales en la teoría asociada. Junto con hacer una introducción sobre los contornos de la sociedad del riesgo en la primera parte, deviene hacia una segunda parte dedicada a la individualización de la desigualdad social y una tercera sobre la modernización reflexiva

- c) *No compensabilidad*: El sueño de la seguridad de la primera modernidad estaba basado en la utopía científica de hacer aún más controlables las inseguras consecuencias y los peligros de las decisiones. Los accidentes podían ocurrir, en tanto que y porque eran considerados compensables. Si el clima ha cambiado de forma irreversible, si el progreso en la genética hace posible las intervenciones irreversibles en la existencia humana, si los grupos terroristas ya tienen a su disposición armas de destrucción masiva, entonces es demasiado tarde” (Beck, 2007:12).

Beck (1986) alude a la transición del siglo XIX para presentar la idea de sociedad del riesgo en términos históricos. En el siglo XIX la modernidad avanzó sobre el trasfondo de la disolución de la sociedad agraria. Era su opuesto, tal como es la sociedad del riesgo de la propia modernidad. Es el caso de la variable global de la salud en que se pueden identificar causas o actuar sólo sobre las consecuencias, los síntomas. El énfasis que ha puesto la modernidad en los síntomas, se podría ejemplificar en el tratamiento de las enfermedades de la civilización, tales como la diabetes, el cáncer y las enfermedades cardíacas.

“Estas enfermedades pueden combatirse en su lugar de origen: la fatiga en el trabajo por contaminación o por un género de vida pueden combatirse mediante una vida sana y una alimentación adecuada. Pero también es posible eliminar los síntomas mediante preparados químicos. Las distintas orientaciones en la lucha contra la enfermedad naturalmente no son excluyentes. Pero en el último caso no puede hablarse propiamente de una curación. Y sin embargo hasta hoy nos hemos decidido por la «solución» química en medicina” (Beck, 2006a:295).

Vivimos un proceso que no parte de cero y que ya viene avanzando en todos los campos de la vida humana, así como en la degradación del medio ambiente. “The reflexivity and incalculability of societal development therefore spreads to all sectors of society, breaking up regional, class-specific, national, political and scientific jurisdictions and boundaries” (Beck, 1996:32).

En el caso de las consecuencias de un desastre, la promesa de seguridad de toda la investigación nuclear se ve afectada por un hecho específico como sucedió, y aún sucede, con Chernobyl y los debates sobre el rol de la energía nuclear.

Beck (2006) sostiene que el riesgo es juego de probabilidad sobre el futuro. Pero la percepción del riesgo estará en relación a actos, es un mirar hacia la probabilidad del futuro pero en base a actos, sino no podría ser una construcción social. Es una percepción de lo que no se sabe.

El ejemplo de los ciclos en las políticas ambientales a nivel internacional explica esto precisamente. Desde el Informe Meadows al Club de Roma en 1972 que fue cuestionado como una mera especulación sobre el futuro por sostener la necesidad de urgentes límites al crecimiento, hasta el enorme reflujo del protocolo de Kioto que hizo nuevamente pendular la breve e intensa historia de las cumbres (Marques, 2005), mientras se sucedían desastres y accidentes.

Arendt (2001) advertía a mediados del siglo XX una crisis derivada de la avalancha de instrumentos a partir del proceso de la ciencia. La crisis se caracterizaría por su dimensión planetaria, irreversibilidad, aceleración acumulativa, descontrol creciente, con un sistema que pendula entre la entropía y la complejidad, cuyos símbolos son el conductor y el cow-boy, entre la hipertrofia tecnológica y la atrofia moral (Marques, 2003).

En un principio el creciente riesgo permitía cuestionar la infalibilidad de los productos o técnicas sin embargo el riesgo en proceso de globalización, de incertidumbre cada vez más amplia, no hace otra cosa que retrotraer a la esperanza humana en la infalibilidad. Se esperan que existan las técnicas y aplicaciones para enfrentar en parte los riesgos, para gestionarlos, al mismo tiempo que se asume la incertidumbre global.

Hemos pasado del debate por la distribución de los bienes a la distribución de los males. Las instituciones capaces de regular tal situación se ven a la par cuestionadas o relativizadas, pasando a ser la individualización el proceso por excelencia de esta nueva sociedad.

Lo colectivo, lo social, no desaparece; sin embargo, cambia de contenido la relación, centrada ahora en el riesgo y la acción en torno a él. Las instituciones clásicas de la modernidad, la ciencia, el Estado, los negocios y los militares, ya no logran cumplir con la anticipación que les ha sido encomendada. De tal optimismo moderno, la sociedad del riesgo resulta una ironía (Beck, 2006), ya que ahora son tales instituciones las que producen y legitiman los riesgos.

Beck (2006) sostendrá que ante ello, nos hemos dedicado a la histórica opción de la gestión del riesgo que se transformó en el juego predilecto del poder mundial. La

doble cara de Jano según la cual habría un riesgo y ante él una responsabilidad de alguien que debiera responder de sus actos, se ve resuelta por este juego de poder que disfraza las desigualdades surgidas en tal proceso de construcción social. A la par, la vorágine del riesgo no cesa.

5.1 Las voces de los efectos secundarios

Los avances de la ciencia suponen los efectos secundarios latentes. Están en el proceso de la investigación, sus pruebas, hasta cuando el producto está en el mercado continúa explicitando los efectos secundarios. Esto no resuelve la situación de enfermedades que pueden estar siendo provocadas por condiciones ambientales determinadas como las partículas en suspensión de las ciudades y que predisponen a un tratamiento que no surte efecto. Entonces en la probabilidad, la duda crece.

Este es un fenómeno que también pasa en la contaminación industrial de una zona rural, un curso de agua o la lluvia ácida derivada de una chimenea industrial, que pueden generar la experiencia de la contaminación por los vecinos que no están en condiciones de realizar las pruebas químicas adecuadas para saber con exactitud qué es lo que acontece.

Pero el efecto que pueden observar los hace informarse y generar movilización social al respecto, aun cuando subsiste la duda o los informes científicos que desinforman o diluyen las causas debido a la constatación de la multiplicidad de las fuentes contaminantes.

Su búsqueda de la infalibilidad del conocimiento científico en el que siguen confiando los lleva a cada vez más incertidumbre. Esto grafica las crisis asociadas a la generalización de la ciencia como uno de los aspectos centrales de la sociedad del riesgo.

Los llamados efectos secundarios o colaterales tienen relevancia en la teoría de la modernización reflexiva y en el concepto de sociedad del riesgo ya que lo que puede hacer crecer la productividad, por el otro lado provoca enfermedades. Su radical importancia quizás sea que ataca principalmente el núcleo de la fundamentación científica de la modernidad.

Los propios científicos se separan de la utilización de sus resultados. Aunque se anticipan efectos secundarios, no se saben los últimos a provocar. Y como si fuese una contradicción, resulta que la incalculabilidad de los efectos secundarios hace que las

consecuencias sean más visibles para todos. Hay un fatalismo de las consecuencias en la civilización científica-técnica.

Ante esto la única aceptación posible es la opción por la infalibilidad, lo que supone una antimodernidad en el seno de ella misma; es de nuevo enfrentada por su self. Esto afecta las decisiones, respecto de proyectos, de iniciativas en las que la ciencia debe dar respuesta moderna. Lo que queda pendiente es la posibilidad de traslado de la capacidad crítica que se usa en la investigación científica, para con ella misma y su racionalidad.

6. *La individualización*

La individualización¹⁷ puede asociarse a un cambio de relación en la sociabilidad, entre individuo y sociedad. Hasta ahora, la individualización, está en un plano de análisis histórico asociado directamente a condiciones objetivas. Sin embargo, el proceso de individualización que surge en una modernidad que asegura un standar de vida, supone un déficit en otro nivel. El impulso social de la individualización deja a los que la viven “remitidos a sí mismos y a su destino laboral individual con todos los riesgos, oportunidades y contradicciones” (Beck, 1986: 122).

El impulso de entrada al mercado laboral supone también una salida desde lazos familiares o territoriales anteriores. El individuo o individua es la unidad básica en que se reproduce lo social.

Beck alude al proceso de puesta en libertad de los individuos que se puede resumir en siete tesis:

- Existe un impulso social de la individualización.
- La desigualdad social sigue intacta sin embargo la relación de clase deja de ser la principal posibilidad de vínculo para enfrentarla, en medio de la lucha individual por condiciones de vida.
- Se reparte el desempleo masivo. Se flexibiliza la jornada y la contratación y los problemas del sistema pasan a ser tratados como fracaso personal.
- La libertad de los sexos deja a la mujer empobrecida en amplios segmentos de

17 En el prólogo de *La Individualización* (Beck y Beck-Gernsheim, 2003) escrito por Scott Lash, éste sostiene que la tesis de la modernización reflexiva de Beck consste en dos partes, la Sociedad del Riesgo y la Individualización. Ésta última, sin embargo, no generó impacto en el mundo anglosajón, sin que por ello deje de ser central en las tesis que han desarrollado Ulrich Beck y Elisabeth Beck-Gernsheim. Éstos insistirán en este reclamo a lo largo del texto citado.

divorciados, la familia es un malabarismo entre exigencias del trabajo, la educación, las obligaciones de los niños y la monotonía del trabajo doméstico. La salida es la familia negociada a plazo.

- La realización de la sociedad industrial supone la no realización de sus principios indivisibles.
- El individuo o individua es la unidad reproductiva de lo social en el mundo de la vida. Puestos en libertad se vuelven dependientes.
- La individualización es un proceso de socialización históricamente contradictorio. Sólo en medio de tal contradicción se puede ver la aparición de nuevas comunidades socioculturales. Se ven surgir movimientos de búsqueda o comunidades de experiencia de protesta.

No se trata de que no surja lo colectivo sino que la relación de sociabilidad cambia por lo que se hace difícil y/o explosivo según sea la condición a la que sea expuestos. De hecho para Beck (1986) existen los nuevos movimientos sociales por la ecología, la paz o las mujeres tanto como expresión de peligro en la sociedad del riesgo y contradicciones entre los sexos, pero además “sus formas de politización y sus problemas de estabilidad son el resultado de procesos de la formación social de identidad en mundos de la vida destradicionalizados e individualizados” (Beck, 1986:122-126).

El propio Beck lo analizó en el texto que siguió a la Sociedad del Riesgo y que se tituló en castellano Políticas Ecológicas en la Edad del Riesgo (Beck, 1988). Allí, ya propone la dimensión individualizada de la protesta ecológica que no es la hija biológica de la destrucción:

“Los bosques y las aves canoras moribundas no se transforman según las leyes de la reencarnación en personas que protestan. La destrucción y la protesta están aisladas o relacionadas mutuamente mediante los símbolos culturales que tienen su origen y su base para su efecto actual en las condiciones vitales de las personas. Con otras palabras, quien protesta, no lo hace cuando ve en peligro el medio ambiente, sino su propio mundo” (Beck, 1988:287)

Esta individualización choca con la experiencia que forzosamente es compartida, de estar más cerca del colapso que del desarrollo sustentable (Marques, 2005), ya sea

éste u otro el concepto para contraponer a la crisis global. Para entender este proceso que está asociado al peso del capitalismo y las readecuaciones que la segunda modernidad habría operado para sobrellevarlo, hay que definir la diferencia en la individualización para las dos modernidades. Esto es que en la etapa actual, la separación entre análisis subjetivo y objetivo, entre consciencia y clase, pierde importancia. El individuo es la forma básica de reproducción social y puede ser considerada la propia estructura social. Esto supone una contradicción respecto de los sistemas autorreproductores lineales e impone “un curso no lineal, abierto y sumamente ambivalente” (Beck y Beck-Gernsheim, 2003:30)

6.1 Vulnerabilidad y ambivalencia

Bauman (2001) toma las nociones de vulnerabilidad y ambivalencia para una crítica al progresismo moderno y la noción lineal de lo social. La posibilidad de encontrar respuestas comunes o comunitarias a problemas globales choca con el proceso de individualización:

“a vulnerabilidade das identidades individuais e a precariedade da solitária construção da identidade levam os construtores da identidade a procurar cabides em que possam, em conjunto, pendurar seus medos e ansiedades individualmente experimentados e, depois disso, realizar os ritos de exorcismo em companhia de outros indivíduos também assustados e ansiosos”.(Bauman, 2001:21).

Vale decir, que el vínculo con el otro en plenitud del riesgo compartido quiebra la posibilidad de comunidad, esa es la peor de nuestras vulnerabilidades, lo que nos hace Tántalos que sin poder beber cuando hay sed sólo miramos frutales ilusorios e inalcanzables¹⁸.

Esta situación de ambivalencia es explicada por Bauman (2001) para quien la seguridad del gueto sería la única forma de alterar el círculo del riesgo que no decaería sino mediante la exclusión, por lo que no se puede esperar que las sociedades se transformen en más participativas, pues es precisamente lo que no necesitan en esta

¹⁸ El castigo de Tántalo es la absoluta vulnerabilidad, no la determinación como algunas veces ha sido explicado. La determinación ya la tenía de antes con sus dioses que le permitieron compartir con ellos parte de su sabiduría, pero la condena tras la acción temeraria de revelar a los hombres los secretos de los Dioses es a la vulnerabilidad absoluta, de ver lo que quiere y no poder alcanzarlo, es la inmovilidad.

sociedad del riesgo. Por ello, critica la noción de multiculturalismo como una retórica elitaria sostenida para justificar que no hay una sociedad preferible, que no se puede saber cuál sería preferible.

Beck recurre como Bauman al concepto de ambivalencia para sortear este pendular, sin embargo aclara que en la base no comparte su escepticismo o pesimismo (Beck, U.; Giddens, A. y Lash, S.,1994).

Para Beck (Beck, U.; Giddens, A. y Lash, S.,1994), el riesgo no debe ser tomado como una idea de orden de la sociedad. Esto se transforma precisamente en el centro de su conferencia “Living in The World Risk Society” (Beck, 2006) cuando aclara que se están produciendo una serie de Estados fallidos por doquier y que en occidente cada vez es más clara un tipo de autoridad post-democrática, que nubla cualquier esperanza con su ineficiencia y autoritarismo. Postula así, a diferencia de la idea de multiculturalismo, un cosmopolitismo, vale decir desprenderse del quietismo político que ha encerrado el pensamiento social en los márgenes conceptuales de la primera modernidad.

La ironía en juego, la que le impone a la ética algo en general inesperado, es la presencia ambivalente del otro en el sí mismo. Esta experiencia cotidiana es lo que aparece en Beck como cosmopolitismo en que sólo es posible la negación, la apatía o la transformación. Éste último será el momento cosmopolita por excelencia.

Entendemos que el cosmopolitismo por el que aboga tiene una discusión central que está por resolverse y que puede ser precisamente la conexión con otras ideas como la de Bauman. ¿Es la vulnerabilidad de la individualización en el seno de la sociedad del riesgo la que permite reflejar el otro en el sí mismo?

6.2 El cosmopolitismo

¿A qué nivel llegará el cosmopolitismo? Un plan de esta característica ya no podrá tener una definición sin que sea esta por sí misma ambivalente, irónica diría Beck. Entendemos que la ironía mayor aquí es que seguimos usando los conceptos de la modernidad y que quizás no sean formulables en estos términos respuestas posibles.

Dos consideraciones finales sobre la continuidad de estas ideas. En primer lugar Beck sostiene una propuesta de salida, una pregunta por el horizonte normativo de la sociedad del riesgo, en su más reciente texto *La Sociedad del Riesgo Mundial*¹⁹ (Beck,

¹⁹ La versión original se publicó el 2007 en Frankfurt por Suhrkamp bajo el título *Weltrisikogesellschaft*. La Traducción al castellano usa el concepto de *sociedad mundial* que alude a la obligatoriedad

2008) en el que aplica el concepto de cosmopolitismo en dos maneras. Una de ellas es el momento cosmopolita que se refiere a la imposibilidad de la definición por exclusión del otro. Se convive con los otros en una imposibilidad de expulsarlos y esto se constituye como posibilidad de pensar un cosmopolitismo ante la opción de no hacer nada ante el pavor del riesgo.

La segunda manera es el cosmopolitismo forzoso que obliga a unirse con otros actores más allá de la frontera con quienes no tendrían por qué.

Ambos cosmopolitismos ya no regionales, sino mundiales, supondrían una posibilidad de identificar riesgos en el mundo que sean anticipados. Esto se vería potenciado por el desgaste del Estado neoliberal y por la condición líquida (Bauman, 2007) de ellos.

Finalmente la idea del fin de las certezas de Prigogine (1996) revisado al final del capítulo anterior, vuelve a aparecer en medio del par conceptual vulnerabilidad-ambivalencia.

El concepto de "incertidumbre biográfica" (Wohlrab-Sahr, 1993 citado por Beck y Beck-Gernsheim, 2003) sirve para explicar el momento actual en que el individuo(a) debe convivir con la tecnologización creciente de la biomedicina. Así, la misma preocupación de Prigogine (1996) respecto de la tecnociencia se aplica en las tesis de la Individualización. Ambas perspectivas definen esta incertidumbre como una oportunidad única en la historia.

En este vínculo conceptual la presencia de la incertidumbre interesa pues resolvería la diferencia anglosajona entre sociedad del riesgo e individualización. Es el concepto que puede superar la presencia de la noción de riesgo que tiene una impronta asociada a la anticipación del peligro.

La incertidumbre puede en este ámbito restringido a la modernización reflexiva explicar también la situación de la individualización como refugio. En definitiva la incertidumbre definiría la sociedad en la que vivimos en que tanto la política como la ciencia se encuentran en la definición de problemas y en la planificación de acciones para resolverlos, como posibilidad, pero no como certeza. Si la salud y el medioambiente han sido identificadas con la ciencia y la política, entonces ambas han derivado hacia las nociones de incertidumbre asociado al riesgo. Podemos plantear la necesidad de una relación de la praxis entre ambos de carácter *crítica* para lo cual nos introduciremos en el caso de la Unión Europea.

CAPITULO 3 SITUACIÓN ACTUAL DEL DEBATE SOBRE SALUD Y MEDIO AMBIENTE EN EUROPA.

Más allá del devenir del proyecto comunitario, Europa ha sido reconocida en su política ambiental como una avanzada del mundo contemporáneo. El proceso de desautonomización de las decisiones nacionales supone además una autonomización de las decisiones comunitarias legislativas por áreas como es el caso del medio ambiente.

El escenario de decisiones sobre medio ambiente en la Unión Europea ha tenido “una creciente conflictividad, tanto porque esta política afecta a otras como la comercial, que son básicas en la construcción del mercado único, como porque recibe fondos, cada vez más sustanciales, que son objeto de disputa por distintos países” (Aguilar, 1997: 58). Esto ha llevado según Aguilar a una creciente conflictividad del eje norte sur al interior de los países europeos que se ven obligados a avanzar en la centralidad en que se ha convertido la política ambiental de la Unión Europea.

Otro aspecto que identifica Aguilar (1997) es la predominancia de los expertos lo que habría debilitado los controles democráticos, además de la responsabilidad pública (accountability).

Por su parte, los ciudadanos europeos han crecido de 2004 a 2007 en su preocupación por el medio ambiente en la reciente medición realizada por el eurobarómetro. Los principales temas de preocupación actuales son en orden de preferencia, el cambio climático, la contaminación de las aguas, los desastres provocados por los seres humanos, los desastres naturales y el impacto de los productos químicos en la salud humana. Un 96% de los europeos declara que el medio ambiente y su cuidado es un tema muy importante o bastante importante y alrededor de dos tercios piensa que las temáticas ambientales deben ser definidas de manera comunitaria y no por países. (Special Eurobarometer, 2008).

Esta demanda ciudadana tiene como interlocutor institucional la política de medio ambiente de la Unión Europea y su comisario Stavros Dimas. Las nuevas legislaciones se definen a partir de la European Commission's Environment Directorate-General. La Agencia Europea de Medio Ambiente tiene como deber la generación de

información válida para la labor de políticos así como para los ciudadanos.

Dentro de las acciones de la política de medio ambiente la salud aparece enmarcada en la Estrategia europea de medio ambiente y salud y contempla un Foro Consultivo que se reúne una o dos veces por año con participación de los interesados en el ámbito de acción. En este marco aparece una serie de hechos, publicaciones y políticas que constituyen un nivel de permanente renovación de contenidos para la relación entre medio ambiente y salud en Europa.

1. La Urgencia de la Salud y el Medio Ambiente en Europa.

El 13 de junio de 2007, fue publicado un listado con la mortalidad por país producida por problemas ambientales. Los resultados contemplan cantidades de muertes anuales por causas ambientales, así como proporción de muertes y años de vida ajustados por discapacidad (DALYs)²⁰. Esto es coherente con el diseño e implementación que supuso “The European Environment & Health Action Plan 2004-2010” (Comisión de las Comunidades Europeas, 2004, junio 9). A partir de él se definió al grupo en edad infantil como el más afectado, lo que ha continuado siendo un tema de investigación en artículos y estudios ya que un tercio de las muertes en el grupo de edad de 0-19 años se atribuye a exposiciones ambientales (Vargas, 2005).

Junto a esto una serie de documentos de política para la salud y el ambiente en Europa han sido publicados por el European Environment and Health Committee: European Charter on Environment and Health, 1989; Protocol on Water and Health, 1992; Helsinki Declaration on Action for Environment and Health in Europe, 1994; Environmental Health Action Plan for Europe (EHAPE), 1994; Convention on the Protection and Use of Transboundary Watercourses and International Lakes, 1999; Charter on transport, environment and health, 1999; Declaration of the Third Ministerial Conference on Environment and Health, 1999; Children's Environment and Health Action Plan, 2004 y Budapest Declaration, 2004; entre otros.

²⁰ La evaluación identificó la carga de enfermedad posible de prevenir mediante la intervención respecto de las causas ambientales. Los factores que se utilizaron fueron contaminación del aire, la radiación ultravioleta y el medio construido. Algunas de las enfermedades diagnosticadas fueron la diarrea, las infecciones respiratorias, el cáncer, trastornos neurológicos, enfermedades cardiovasculares, el asma y las lesiones que conducen a la discapacidad y la muerte. En el informe se indica que la intervención en salud ambiental podrían reducir las muertes totales en los países de la Región Europa de la OMS en casi un 20%. La información detallada por país está disponible en http://www.euro.who.int/envhealth/data/20070831_4 (consulta realizada 1° de febrero de 2008)

Más recientemente, The Health Programme 2008-2013 ha insistido:

“La contaminación medioambiental es una grave amenaza para la salud y una fuente importante de inquietud para los ciudadanos europeos. Debe prestarse especial atención a los niños y otros grupos particularmente vulnerables a las condiciones ambientales peligrosas. El Programa debe complementar las acciones adoptadas en el marco del Plan de acción europeo de medio ambiente y salud (2004-2010)”. (Diario oficial de la Unión Europea, 20 de Noviembre de 2007:L 301/5)

2. Alianza para la Salud y el Ambiente en Europa

El Forum 11 de Global Forum for Health Research realizado en Beijing de 2007²¹ consideró la necesidad de ampliación en la lógica de las determinantes de la salud fijadas en Alma-Ata en 1978. La idea de “broader determinants” reconoce una falencia en cuanto a la investigación en algunas de las determinantes previstas en Alma-Ata.

Allí, si bien se incorporó la determinante ambiental de la salud, en el Report del Foro 11 se reconoce que no se han logrado colocar en la agenda con la importancia que deben: “Threats to the environment and human security are increasingly being recognized as challenges to human health that need to be urgently addressed”. (Global Forum for Health Research, 2008:14).

Paralelamente, la European Public Health Alliance (EPHA)²² publicó (Diciembre de 2007) junto a una serie de instituciones a nivel mundial el informe *Health and Environment Primer*, que fue revisado por la Organización Mundial de la Salud y que en lo sustancial constituye una base conceptual para la política europea en medio ambiente y salud. Junto a ello define 15 sectores individuales de trabajo, además de tres temáticas horizontales a desarrollar con actores que forman la Alianza para la Salud y el Ambiente

21 The Global Ministerial Forum on Research for Health 2008 se realizará en Bamako en el mes de Noviembre. En tanto el Foro mantiene la actualización sobre su actividad en http://www.globalforumhealth.org/Site/000__Home.php

22 EPHA se define como una organización internacional sin fines lucrativos compuestas por otras instituciones del mismo carácter dedicadas a trabajar en aspectos de la salud pública. Mantiene la actualización de sus actividades e informes en <http://www.ephpa.org/>

en Europa²³.

El primero de estos tres elementos es la Convención Aarhus que consiste en un tratado ambiental que concede a los ciudadanos el derecho de acceso a información y participación en la toma de decisiones en materia de medio ambiente, y una indemnización ante los tribunales cuando se incumplan estos derechos o cualquier disposición ambiental en curso. Se vinculan de esta manera, los derechos ambientales y los derechos humanos, la rendición de cuentas de los gobiernos y la protección del medio ambiente. La convención fue presentada en 1998 en la Cuarta Conferencia Ministerial de Ambiente de Europa. En tanto su publicación en el Diario Oficial de la Unión Europea se hizo efectiva el 17 de febrero de 2005.

El segundo tema horizontal es la integración ambiental. Esto significa asegurarse de que las perspectiva y demandas ambientales sean consideradas plenamente en las decisiones y actividades de otros sectores de la institucionalidad.

El tercer tema horizontal es uno de los principales avances en un camino que busca la resolución de los llamados problemas ambientales. Se trata del Principio de Precaución que formó parte de los acuerdos de la Conferencia de las Naciones Unidas sobre el Medio Ambiente y El Desarrollo (1992). Allí, se definió esta herramienta para los casos en que haya peligro de daño grave o irreversible al medio ambiente, en la idea de que la falta de certeza científica absoluta no debe ser razón para posponer medidas para prevenir la degradación del medio ambiente.

Esto se basa en la irreversibilidad de los efectos que provoca la contaminación y también en el alto costo de todo tipo que puede contraer. La Organización Mundial de la Salud-Europa definió en la Cuarta Conferencia Ministerial sobre el medio ambiente y la salud:

“We reaffirm the importance of the precautionary principle as a risk management tool, and we therefore recommend that it should be applied where the possibility of serious or irreversible damage to health or the environment has been identified and where scientific evaluation, based on available data, proves inconclusive for assessing the existence of risk and its level but is deemed to be sufficient to warrant passing from inactivity to policy alternatives” (Health & Environment Alliance, 2007:118)

23 La Alianza mantiene un sitio en internet en el cual se detalla el trabajo y se ponen a disposición los documentos actualizados de trabajo: <http://www.env-health.org/>

En resumen, los datos que revelan urgencia en salud y ambiente, así como la necesidad de ampliar la lógica de los determinantes de la salud tienen un espacio internacional relevante en la Alianza para la salud y el ambiente en Europa con el fin de dar continuidad a este debate.

Un elemento central para tal debate se puede identificar en la creciente importancia de las herramientas frente a la incertidumbre²⁴ y la necesidad de fortalecer las acciones del Plan de acción europeo de medio ambiente y salud (The Health and Environment Alliance, 2007).

3. Plan de acción europeo de medio ambiente y salud (2004-2010)

El Plan de Acción Europeo de Medio Ambiente y Salud (2004-2010), fue publicado a través de la Comunicación de la Comisión al Consejo, al Parlamento Europeo y al Comité Económico y Social Europeo y fechado en Bruselas el 9 de junio de 2004 (Comisión de las Comunidades Europeas, 2004). El texto fue presentado como contribución a la 4ª Conferencia Ministerial sobre medio ambiente y salud, organizada por la Organización Mundial de la Salud (OMS) en Budapest en junio de 2004. El plan constituyó además un sistema de cooperación entre la Agencia Europea de Medio Ambiente y la Autoridad Europea de Seguridad Alimentaria, entre otras instancias que apoyan la labor de la Comisión.

El marco institucional europeo de este plan lo constituyen tres elementos centrales de política comunitaria. Por un lado el Programa de Salud Pública (Comisión de las Comunidades Europeas, 2002a) y el Sexto Programa Marco de Investigación (Comisión de las Comunidades Europeas, 2002b). Por otro lado, el Plan se constituye como la aplicación en su primera parte de la Estrategia europea, en materia de medio ambiente y salud (Comisión de las Comunidades Europeas, 2003).

La Estrategia general sobre las variables de medio ambiente y salud en la Unión Europea, entonces corresponde a un Plan en su primera parte pero comprende una iniciativa más amplia que ha sido llamada iniciativa SCALE. Esto debido al acrónimo

²⁴ En 2006, la Organización Mundial de la Salud, realizó en conjunto con la Joint Research Centre de la Comisión Europea un simposio sobre "La incertidumbre, complejidad y la precaución en la salud ambiental". En ella se tomó como base el rol central que ha ganado la incertidumbre y la complejidad en la relación entre la ciencia y la toma de decisiones públicas sobre los riesgos para la salud y el medio ambiente.

de *Science, Children, Awareness, Legal instrument, Evaluation*. Su objetivo general consiste en, integrar la información sobre el estado del medio ambiente, el ecosistema y la salud de las personas para llegar a un marco general.

“El objetivo final es crear un marco que ayude a comprender mejor las relaciones de causa-efecto entre el medio ambiente y la salud, y a disponer de la información necesaria para desarrollar una política comunitaria integrada” (Comisión de las Comunidades Europeas, 2003).

La idea concreta de aplicación contempla crear un sistema de información que está directamente asociado a la investigación en el campo del medio ambiente y la salud, definiéndolas de antemano como relaciones de causa-efecto. Esto supone un sistema de vigilancia asociados a la idea de obtención de información exhaustiva. Los agentes contaminantes más importantes son referidos explícitamente en la estrategia como las dioxinas, los metales pesados y los alteradores endocrinos.

La iniciativa SCALE que se plantea como público especialmente vulnerable a los niños, se propone trabajar en función de un Sistema Europeo de Vigilancia Biológica Infantil.

Respecto de políticas de prevención o de acción directa sobre el ambiente se define un concepto de *problema medioambiental* asociado a los espacios. Para ello se establece como preocupaciones centrales, en este ámbito, “la calidad del aire, los metales pesados, los campos electromagnéticos y un entorno urbano saludable”. (Comisión de las Comunidades Europeas, 2003)

Finalmente entre los aspectos destacados por la propia Unión Europea en esta estrategia se hace notar la relevancia de la formación de equipos técnicos de trabajo, así como de grupos consultivos sobre el tema.

Se busca así la identificación de *amenazas medioambientales para la salud*. Un concepto central en el despliegue de la iniciativa que conoceremos como el Plan de Acción. Junto a ello la estrategia define la necesidad de legislar sobre los temas.

El primer ciclo de aplicación de la estrategia lo constituye el Plan de Acción 2004-2010, cuya centralidad declarada es “la relación entre los factores medioambientales y:

- las enfermedades respiratorias, el asma, las alergias infantiles;

- los problemas de desarrollo neurológico;
- los cánceres infantiles y
- los efectos de los alteradores del sistema endocrino (sistema de glándulas endocrinas que segregan hormonas)” (Comisión de las Comunidades Europeas, 2003).

Junto a esta definición estratégica, el Plan declara sus fuentes en tres aspectos iniciales del documento que dibujan la concepción de sujeto con la que trabaja:

- El ciudadano europeo: en tanto tiene derechos puede esperar de las instituciones de la Unión que se vele por el impacto potencial del medio ambiente sobre su salud. Esto genera responsabilidades políticas y se asocia a la necesidad de resguardar la productividad ante los mayores costes con respecto a la prevención.
- Los individuos: La posibilidad de gestionar los propios estilos de vida dependerá de la información de los organismos adecuados. Esto especialmente en función de aspectos que superan el control individual, más cuando se trata de niños, y es allí donde se confía en los poderes públicos.
- Los grupos vulnerables: Se enfatiza la preocupación en los niños. Se declara la adecuación de los objetivos a la Convención sobre los Derechos del Niño y la Cumbre mundial sobre desarrollo sostenible.

En cuanto a la institucionalidad y la proyección futura del Plan, este establece bases de un sistema que permita avanzar en tales perspectivas, por lo que estamos hablando de un Plan de línea base, de fundamentos estructurales para el futuro de la acción estratégica diseñada. Independiente de que el Plan se restrinja a su ejecución en el tiempo hasta el 2010, sus 13 acciones (ver tabla 1) van en la línea de posibilitar el desarrollo de toda la estrategia y por lo tanto de mantener su vigencia en el tiempo.

Sus temáticas centrales, antes de definir acciones, así lo dibujan. Esto es, en una primera parte del Plan de Acción trabajar sobre la información y los indicadores como elementos centrales de pesquisa. Luego se abocará a una profundización en la investigación para finalmente redefinir políticas y estrategias comunicacionales asociadas. En consecuencia, las tres temáticas principales declaradas son:

- Mejorar la cadena de información para comprender los vínculos existentes entre fuentes de contaminación y efectos sanitarios (acciones 1-4).
- Completar los conocimientos reforzando la investigación y buscando soluciones a los nuevos problemas que se plantean en materia de medio ambiente y salud (acciones 5-8).
- Revisar las políticas y mejorar la comunicación (acciones 9-13).

Tabla 1. Acciones previstas en el Plan de Acción Europeo de Medio Ambiente y Salud (2004-2010)	
Acción 1	Desarrollar indicadores de medio ambiente y salud.
Acción 2	Desarrollar una vigilancia integrada del medio ambiente, alimentos incluidos, con objeto de determinar la exposición humana.
Acción 3	Desarrollar un enfoque coherente de la vigilancia biológica en Europa.
Acción 4	Aumentar la coordinación y las actividades conjuntas en materia de medio ambiente y salud.
Acción 5	Integrar y reforzar la investigación europea sobre medio ambiente y salud.
Acción 6	Centrar la investigación en las enfermedades, los trastornos y las exposiciones.
Acción 7	Establecer sistemas metodológicos para analizar las interacciones entre medio ambiente y salud.
Acción 8	Garantizar la determinación de los peligros potenciales sobre el medio ambiente y la salud, y la búsqueda de soluciones.
Acción 9	Desarrollar actividades de salud pública y la conexión de datos en red sobre los factores determinantes de la salud medioambiental por medio del programa de salud pública.
Acción 10	Promover la formación de profesionales y aumentar la capacidad organizativa en materia de medio ambiente y salud revisando y adaptando la política de reducción de riesgos.
Acción 11	Coordinar las medidas vigentes de reducción de riesgos y orientarlas hacia las enfermedades prioritarias.
Acción 12	Mejorar la calidad del aire en el interior de edificios.
Acción 13	Vigilar la evolución en relación con los campos electromagnéticos.

3.1 Los Factores emergentes

De esta calidad fundamental del Plan para la estrategia general esbozada, se puede derivar el ímpetu por la monitorización y evaluación de que es objeto en su desarrollo. La más reciente es la revisión intermedia de la que fue objeto (Comisión de las Comunidades Europeas, 2007). Allí se hace una positiva valoración del avance del Plan y se destacan aspectos específicos que tienen que ver con contaminación en las aguas, calidad del aire, contaminación química, mercurio, ruido, alimentos y

nanotecnología.

En términos generales se señala que al finalizar la aplicación del plan se establecerá un nuevo trazado para la etapa siguiente. Con todo, la valoración central del documento tiene que ver con la integración de las variables que ya no aparecen explícitamente identificadas como causa-efecto aunque se continúa identificando factores de riesgo y la necesidad de análisis comparativos de riesgo respecto del medio ambiente. Los avances estarían en un nivel estratégico en cuanto a información, investigación, refuerzo de la cooperación, en la identificación de riesgos o factores emergentes y la atención a los grupos vulnerables.

Estos avances parecen no ir de la mano respecto de la percepción de los ciudadanos europeos ya que como explica el informe, “seis de cada diez de ellos consideran muy probable o bastante probable que la contaminación ambiental perjudique a su salud y opinan, además, que la Unión Europea no hace lo bastante en ese campo” (Comisión de las Comunidades Europeas, 2007).

Los factores emergentes tienen que ver con la nanotecnología en primer lugar, pero además alude a la resistencia antimicrobiana. Sobre ella, la Comisión plantea la necesidad de un dictamen a los organismos de análisis de riesgo para determinar “el efecto de resistencia a los antibióticos inducido por los productos biocidas” (Comisión de las Comunidades Europeas, 2007).

El otro factor emergente declarado en la revisión intermedia del Plan de Acción tiene que ver con los efectos del cambio climático, sobre el cual se ha hecho una fuerte inversión en investigación y se continuará a través de los Programas Marco de Investigación Sexto y Séptimo definidos por la propia Comisión Europea. Además la relevancia del tema hace que durante el año 2008 se presentará públicamente un informe acerca de las consecuencias para la salud del cambio climático.

Los factores emergentes entonces dejan de serlo para pasar a ser centralidad de nuevos programas específicos de inversión en investigación y a determinar flujos de discurso académico y científico cada vez más fuertes. Por ello, el Plan de Acción europeo de medio ambiente y salud (2004-2010) pasa a tener otro nivel de relevancia.

En consecuencia, es necesario un tipo de análisis que amplíe el campo de visión respecto del Plan que está adquiriendo una importancia fundacional respecto de estos nuevos temas y que será central en la discusión internacional sobre salud y medio ambiente en el futuro cercano.

Por otra parte, la revisión intermedia lo justifica implícitamente cuando

identifica entre las fortalezas de todo el proceso el surgimiento de nuevos temas, de factores emergentes. En esta parte el documento de la revisión (2007) sostiene que factores como la nanotecnología, sobre la cual ya existe un protocolo especial para el periodo 2005-2009, debe ser estudiada prematuramente desde una perspectiva medioambiental, sanitaria y social (Comisión de las Comunidades Europeas, 2007).

La propia aplicación del plan demanda nuevas acciones específicas debido a la irrupción de factores que nuevamente ameritan análisis en los más diversos ámbitos. La demanda por un análisis social de estos factores como puede ser la nanotecnología es un ejemplo de cómo el Plan de Acción estudiado está siendo insuficiente o sirviendo como base para la formulación de demandas de estudios más amplios. Esto amerita ser estudiado como parte del plan general de nuestra investigación y es así como vemos la urgencia de tratar de acercarnos a los contenidos y límites del Plan de Acción.

CAPITULO 4 ANÁLISIS DEL PLAN DE ACCIÓN EUROPEO DE MEDIO AMBIENTE Y SALUD (2004-2010).

1. Codificación del Plan de acción europeo de medio ambiente y salud (2004-2010)

El Plan de acción estudiado identifica una serie de objetivos específicos como hemos visto aunque posee variadas alusiones a los horizontes en los que se mueven sus proyecciones. Es lo que tratamos de identificar de mejor manera en esta codificación, las bases del texto del Plan, sus implicancias conceptuales para la relación entre medioambiente y salud

Esta etapa de la codificación es abierta, es decir ha sido en primera instancia inductiva incorporando luego las nociones de riesgo, la política, la ciencia, la seguridad, entre otras. En un segundo paso se identificaron palabras para la codificación automática como apoyo restringido a la organización de los datos. Fue así como se agruparon otros códigos como medio ambiente explícito (m-a exp), riesgo explícito (r exp) y salud explícito (s exp).

Seguidamente se realizó una selección de las citas adecuadas a cada código aparecido y se formularon nuevos códigos cada vez que fue necesario por la aparición de un elemento significativo. La citación dio prioridad a la ampliación del texto y no a la brevedad de las frases, optándose en muchas ocasiones por seleccionar el párrafo, en el entendido que en esta etapa se trata de seleccionar pero no perder información. Esto es, que las frases aparezcan en su contexto cada vez que sea llamada por el investigador en la interface de Atlas ti.

El listado de los códigos seleccionados es el siguiente:

- Acciones propuestas por el plan
- causa-efecto
- ciencia
- costos asociados al plan y la relación de las variables
- elementos claves del plan de acción

- impacto
- información y comunicación
- objetivos del plan
- medio ambiente explícito
- política
- principio de precaución
- resumen uno del plan de acción
- resumen dos del plan de acción
- resumen tres del plan de acción
- riesgo explícito
- salud explícito
- seguridad
- sociedad, lo social
- vulnerabilidad

La Tabla 2 presenta este listado en su detalle. En la columna de identificación del código (code) se exponen los siguientes parámetros:

- code: indetificador para uso en software atlas-ti.
- Nombre: identificación para la investigación.
- Families (1): cantidad y nombre de las agrupaciones libres llamadas familias, en este caso de códigos.
- Quotations: número de citas seleccionadas bajo el código
- Definición del Código: explicación del investigador acerca del sentido, uso, excepciones u otros elementos necesarios para el entendimiento del código.

A esta columna se agrega una columna en que aparece un fragmento de una de las citas seleccionadas bajo el código, a modo de ejemplo. Aparece para ello el documento primario al que corresponde, número de cita, número de párrafo y los códigos en los que fue incluida.

<p align="center">Tabla 2.</p> <p>Códigos de análisis del documento Plan de acción europeo de medio ambiente y salud (2004-2010)</p>	
Code, Nombre y Parámetros	Ejemplo de cita (quotation)
Code: Pol Nombre: "política" Families (1): política Quotations: 31 Definición del Código: Se refiere una necesidad política para establecer relación entre salud y medio ambiente.	P 1: plan.rtf - 1:11 [Como individuos, podemos elegi..] (17:17) Codes: [cien] [ma_exp] [pol] [s_exp] [vul] Como individuos, podemos elegir en cierta medida nuestro estilo de vida, lo que repercute en nuestra salud, pero también confiamos en que los poderes públicos nos proporcionen datos fiables en los que basar nuestras decisiones y nos protejan de las amenazas (...).
Code: cien Nombre: "ciencia" Families (1): ciencia Quotations: 31 Definición del Código: Se alude directa o indirectamente a la importancia de la ciencia en la relación medio ambiente y salud. Se debe usar cuando exista alusión explícita o implícita a la ciencia, los investigadores, los estudios, instituciones, etc.	P 1: plan.rtf - 1:15 [Las medidas concretas en térmi..] (40:40) Codes: [c-e] [cien] [inf] [ma_exp] [s_exp] Las medidas concretas en términos de «respuesta» se definirán y se desarrollarán aún más a medida que mejoren nuestros conocimientos. En la primera etapa se trata de evaluar la contribución de los factores ambientales a los problemas sanitarios. Esto supone completar los conocimientos y la cadena de información desde la causa ambiental, que incluye las fuentes de contaminación, a través de sus diferentes vías de dispersión, hasta los efectos en la salud humana. (...).
Code: ma_exp Nombre: "Menciones explícitas al medio ambiente" Families (3): riesgo, ciencia, política Quotations: 29 Definición del Código: Se codifica cuando aparece la palabra, no un concepto que la alude.	P 1: plan.rtf - 1:8 [Mejorar el medio ambiente para..] (11:11) Codes: [ma_exp] [s_exp] Mejorar el medio ambiente para mejorar la salud: un reto para el futuro
Code: s_exp Nombre: "Aparece explícitamente la palabra Salud" Families (3): riesgo, ciencia, política Quotations: 28 Definición del Código: Se codifica cuando aparece la palabra no un concepto que la alude.	P 1: plan.rtf - 1:1 [Gracias a la labor de investig..] (21:21) Codes: [r_exp] [s_exp] Gracias a la labor de investigación realizada tanto a escala nacional como de la Unión Europea ahora conocemos mejor algunas de las relaciones existentes entre agresores ambientales y salud, y hemos podido tomar medidas (...).
Code: c-e Nombre: "causa-efecto" Families (2): riesgo, ciencia Quotations: 17 Definición del Código: Está asociando nuestras variables a una lógica determinada de relación. Esto es relevante pues aparece citado como objetivo del propio plan.	P 1: plan.rtf - 1:51 [El objetivo último de la estra..] (23:23) Codes: [c-e] [cien] [pol] El objetivo último de la estrategia es desarrollar un «marco de causas y efectos» en materia de medio ambiente y salud que proporcione la información necesaria para la constitución de una política comunitaria que atienda a las fuentes y a las vías de dispersión del impacto de los agresores para la salud.
Code: inf Nombre: "información y comunicación" Families (3): riesgo, ciencia, política Quotations: 13	P 1: plan.rtf - 1:2 [3 - RESPUESTA: REVISAR LAS POL..] (67:67) Codes: [inf] [ma_exp] [r_exp] [s_exp]

Definición del Código: Se alude directamente a la necesidad de fortalecer mecanismos de información y comunicación. Por un lado saber qué está pasando, en la lógica de identificar cadenas causales, y por otro a la publicación de datos.	3 - RESPUESTA: REVISAR LAS POLÍTICAS Y MEJORAR LA COMUNICACIÓN fomentando la sensibilización, la comunicación de los riesgos, la formación y la educación para proporcionar a los ciudadanos la información necesaria de manera que puedan elegir mejor en materia de salud (...)
Code: Acc Nombre: "Acciones propuestas por el plan" Families (3): riesgo, ciencia, política Quotations: 13 Definición del Código: Están enumeradas de 1 a 13 y agrupadas en los títulos 1(acción 1 a la 4), 2 (acción 5 a la 8) y 3 (Acción 9 a la 13).	P 1: plan.rtf - 1:24 [Acción 9 : Desarrollar activid..] (68:68) Codes: [Acc] [pol] [res3] [s_exp] Acción 9 : Desarrollar actividades de salud pública y la conexión de datos en red sobre los factores determinantes de la salud medioambiental por medio del programa de salud pública
Code: \$ Nombre: "costos asociados al plan y la relación de las variables" Families (3): riesgo, ciencia, política Quotations: 11 Definición del Código: Se coloca la relación entre ambiente y salud como algo que genera costos económicos.	P 1: plan.rtf - 1:9 [Una buena salud es algo a lo q..] (13:13) Codes: [\$] [cien] [s_exp] [soc] Una buena salud es algo a lo que todo el mundo aspira: para sí mismo, para sus hijos y para la sociedad, por los diversos beneficios económicos y sociales que aporta. (...).
Code: vul Nombre: "vulnerabilidad" Families (1): riesgo Quotations: 10 Definición del Código: Se hace alusión a grupos vulnerables socialmente ante la relación salud y medio ambiente.	P 1: plan.rtf - 1:46 [Particularmente preocupantes s..] (19:19) Codes: [pol] [vul] Particularmente preocupantes son las repercusiones ambientales sobre los grupos vulnerables. La estrategia hace especial hincapié en los niños, (...).
Code: r_exp Nombre: "menciones explícitas a la palabra riesgo" Families (1): riesgo Quotations: 6 Definición del Código: Se codifica cuando aparece la palabra no un concepto que la alude sin mencionarla.	P 1: plan.rtf - 1:6 [· Los Estados miembros, que so..] (95:95) Codes: [\$] [cien] [inf] [ma_exp] [pol] [r_exp] [s_exp] Los Estados miembros, que son responsables de aplicar medidas de vigilancia y de gestión de riesgos. Además, son responsables también de la investigación, la educación y la formación, (...).
Code: res3 Nombre: "Resumen dos del plan de acción, contempla las acciones 10 a la 13". Families (2): riesgo, política Quotations: 6 Definición del Código: En tanto esté dentro del título 3 del Plan.	P 1: plan.rtf - 1:4 [Acción 11 : Coordinar las medi..] (73:73) Codes: [\$] [Acc] [c-e] [cien] [pol] [r_exp] [res3] Acción 11 : Coordinar las medidas vigentes de reducción de riesgos y orientarlas hacia las enfermedades prioritarias
Code: res2 Nombre: "Resumen dos del plan de acción, contempla las acciones 5 a la 8". Families (1): ciencia Quotations: 5 Definición del Código: En tanto esté dentro del título 2 del Plan.	P 1: plan.rtf - 1:14 [· Completar los conocimientos ..] (36:36) Codes: [cien] [ma_exp] [res2] [s_exp] Completar los conocimientos reforzando la investigación y buscando soluciones a los nuevos problemas que se plantean en materia de medio ambiente y salud (...).
Code: res1 Nombre: "Resumen uno del plan de	P 1: plan.rtf - 1:18 [Acción 1: Desarrollar indicado..] (47:47)

<p>acción, contempla las acciones 1 al 4”</p> <p>Families (1): ciencia</p> <p>Quotations: 5</p> <p>Definición del Código: En tanto esté dentro del título 1 del Plan.</p>	<p>Codes: [Acc] [c-e] [cien] [ma_exp] [res1] [s_exp]</p> <p>Acción 1: Desarrollar indicadores de medio ambiente y salud</p>
<p>Code: soc</p> <p>Nombre: "sociedad, lo social”</p> <p>Families (1): política</p> <p>Quotations: 4</p> <p>Definición del Código: Se usa para identificar alusiones directas a las palabras anteriores.</p>	<p>P 1: plan.rtf - 1:76 [Los grupos de interesados, com..] (97:97)</p> <p>Codes: [c-e] [cien] [inf] [pol] [soc]</p> <p>Los grupos de interesados, como la industria y la sociedad civil, que desempeñan un papel esencial a la hora de traducir la información sobre amenazas concretas en acción preventiva y respuestas innovadoras.</p>
<p>Code: pp</p> <p>Nombre: "principio de precaución”</p> <p>Families (2): riesgo, política</p> <p>Quotations: 3</p> <p>Definición del Código: Alude al concepto puesto en boga precisamente al plantearse la imprevisibilidad de los efectos dañinos de la polución.</p>	<p>P 1: plan.rtf - 1:61 [Sólo cuando se disponga de pru..] (40:40)</p> <p>Codes: [pp]</p> <p>Sólo cuando se disponga de pruebas suficientemente claras, de acuerdo asimismo con el principio de precaución, podrán presentarse opciones políticas adecuadas a fin de estudiar y, si procede, revisar las respuestas políticas existentes y establecer otras nuevas.</p>
<p>Code: obj</p> <p>Nombre: "objetivos del plan”</p> <p>Families (1): política</p> <p>Quotations: 3</p> <p>Definición del Código: Se usa para identificar donde se alude directamente a los objetivos u objeto del plan.</p>	<p>P 1: plan.rtf - 1:12 [El objetivo último de la estra..] (23:23)</p> <p>Codes: [imp] [inf] [ma_exp] [obj] [s_exp] [seg]</p> <p>El objetivo último de la estrategia es desarrollar un «<i>marco de causas y efectos</i>» en materia de medio ambiente y salud que proporcione la información necesaria para la constitución de una política comunitaria (...)</p>
<p>Code: imp</p> <p>Nombre: "impacto”</p> <p>Families (2): riesgo, ciencia</p> <p>Quotations: 3</p> <p>Definición del Código: Alusión directa a la palabra impacto, como parte de la relación entre las variables. No usar cuando no se refiera a tal relación.</p>	<p>P 1: plan.rtf - 1:10 [A los ciudadanos europeos les ..] (15:15)</p> <p>Codes: [c-e] [cien] [imp] [ma_exp] [obj] [pol] [s_exp] [vul]</p> <p>A los ciudadanos europeos les preocupa el impacto potencial del medio ambiente sobre su salud y esperan que los responsables políticos tomen medidas (...).</p>
<p>Code: seg</p> <p>Nombre: "seguridad”</p> <p>Families (1): riesgo</p> <p>Quotations: 2</p> <p>Definición del Código: Se usa para establecer el uso explícito de la noción de seguridad.</p>	<p>P 1: plan.rtf - 1:27 [· La Comisión, que seguirá tra..] (99:99)</p> <p>Codes: [cien] [ma_exp] [pol] [s_exp] [seg]</p> <p>La Comisión, que seguirá trabajando con los principales agentes y promoviendo la cooperación a escala de la UE, con arreglo a los ámbitos de su competencia, y las relaciones con la Agencia Europea de Medio Ambiente, la Autoridad Europea de Seguridad Alimentaria y otros (...).</p>
<p>Code: cla</p> <p>Nombre: "elementos claves del plan de acción”</p> <p>Families (2): ciencia, política</p> <p>Quotations: 2</p> <p>Definición del Código: Relaciones de tres elementos claves: política, ciencia y riesgo.</p>	<p>P 1: plan.rtf - 1:67 [En esta primera etapa, el plan..] (80:80)</p> <p>Codes: [cien] [cla]</p> <p>(...) el plan de acción se centra sobre todo en lograr una mejor comprensión de las relaciones existentes entre los factores ambientales y las enfermedades respiratorias, los trastornos del desarrollo neurológico, el cáncer y los alteradores endocrinos.</p>

2. *La política, la ciencia y el riesgo en el Plan de acción europeo de medio ambiente y salud (2004-2010)*

A continuación se presenta el análisis realizado en base a uso de Atlas ti, a partir de la codificación axial, vale decir relaciones entre códigos. Tras la codificación inicial, el texto fue analizado en primer lugar mediante la organización de relaciones entre códigos a partir de lo cual se establecieron tres categorías de análisis que coinciden con las que inicialmente habían aparecido en la codificación de manera general sobre los datos:

- Ciencia
- Riesgo
- Política.

Presentaremos en primer lugar los esquemas (network) conceptuales de cada familia de códigos, con una explicación inicial acerca de los alcances de las nociones surgidas de un primer análisis del Plan.

Finalmente seleccionaremos algunos códigos que permitirían construir un mapa conceptual acerca del Plan y como establece las relaciones entre medio ambiente y salud.

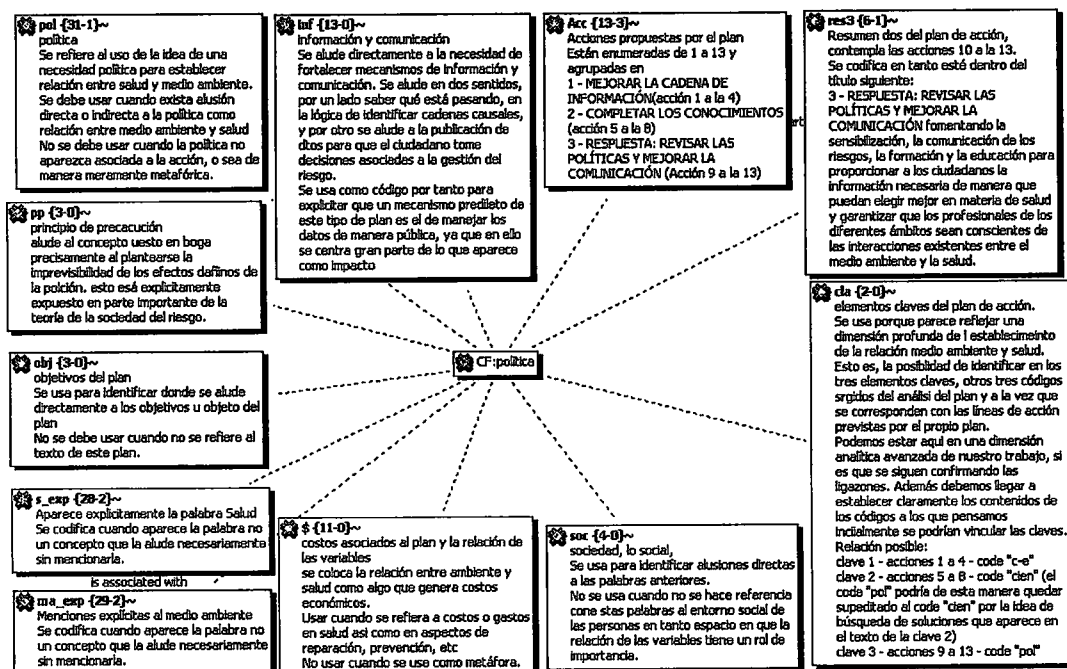
El mapa conceptual de la política (network 1) en el Plan de acción europeo de medio ambiente y salud (2004-2010), contempla los códigos *pol*, *pp*, *obj*, *s_exp*, *ma_exp*, *\$*, *soc*, *cla*, *res3*, *acc* e *inf*.

Todos ellos establecen relación de pertenencia con la política que se muestra como un proceso permanente en el Plan. Está explícito y se enlaza más claramente con la palabra salud que tiene a su vez la mayor cantidad de citas (*s_exp*) luego del código *pol*. Respecto del código *pol*, éste, supone la incorporación de la noción de necesidad al hablar de política en el Plan, vale decir lo instala como una forma o vía de acercamiento privilegiado a los objetivos. En esto el propio Plan asume el rol de ser satisfactor de tales necesidades.

Otro elemento a destacar es la relación con la idea de costos económicos, esto en la lógica de *la política como necesidad*, refleja la capacidad de involucrar elementos de la economía en la idea de resolver problemas.

Network 1.

La política en el Plan de acción europeo de medio ambiente y salud (2004-2010)



La cita que identificamos con un amplio abanico de significaciones para esta familia es la siguiente :

“A los ciudadanos europeos les preocupa el impacto potencial del medio ambiente sobre su salud y esperan que los responsables políticos tomen medidas a este respecto. Teniendo en cuenta la inquietud de la población y de conformidad con las obligaciones del Tratado, la Comisión tiene la responsabilidad de determinar con más precisión la relación existente entre un medio ambiente desfavorable y la salud a fin de actuar con más eficacia. Además de mejorar el bienestar, el Plan de acción tiene por objeto maximizar los beneficios económicos potenciales, dado que los gastos derivados de las medidas correctoras y de la pérdida de productividad son a menudo superiores a los costes de prevención”. (P 1: plan.rtf – 1:10 (15:15))

La noción de medio ambiente como determinante parece retrotraernos a nuestro enlace histórico inicial en que revisamos la fuerte tradición del determinismo. No hay alusiones a la acción humana sino que se define al medio ambiente como peligroso. Y

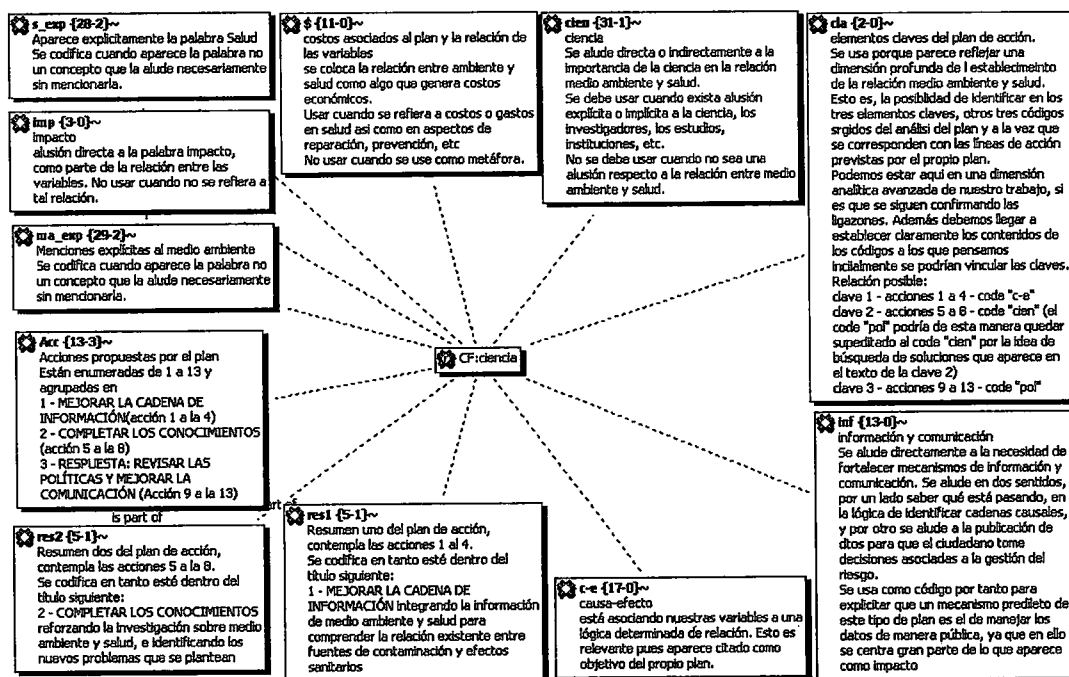
esto se une rápidamente a una acción de tipo estratégico, de contenido político y que demanda un financiamiento prioritario.

El mapa conceptual de la ciencia (Network 2) en el Plan de acción europeo de medio ambiente y salud (2004-2010), contempla los códigos *imp*, *pp*, *acc*, *s_exp*, *ma_exp*, *res2*, *res1*, *c-e*, *cien*, *\$*, *cla* e *inf*.

Todos ellos establecen relación de pertenencia con la ciencia que aparece como fuente de sentido de los objetivos del plan.

Network 2.

La ciencia en el Plan de acción europeo de medio ambiente y salud (2004-2010)



La ciencia actúa en el plan como legitimadora. La ciencia abarca los códigos de mayor relevancia discursiva, además de las claves, como son la explicitación de la palabra salud y la palabra medio ambiente. Por otro lado no está asociada al riesgo pues no se vincula textualmente.

El riesgo entonces queda explícitamente alejado de la ciencia en el plan, por lo que se podría sostener que para el Plan la ciencia diluye el riesgo y se opta más bien por la relación con la noción de impacto. Aquí nuevamente se relaciona el costo con la categoría que resulta central. La ciencia y sus aplicaciones, vale decir, la investigación merecen ser financiadas como elemento clave de la política.

Entonces, la ciencia aparece en dos dimensiones, por un lado como sustento de las claves del Plan y por otro como vehículo privilegiado de sustento para las necesidades. Una cita puede graficar esto:

“Como individuos, podemos elegir en cierta medida nuestro estilo de vida, lo que repercute en nuestra salud, pero también confiamos en que los poderes públicos nos proporcionen datos fiables en los que basar nuestras decisiones y nos protejan de las amenazas que se ciernen sobre nuestra salud y bienestar, que están más allá de nuestro control. No podemos elegir la calidad del aire que respiramos ni protegernos en todo momento de la exposición a contaminantes, que pueden acumularse en nuestros organismos, a veces incluso antes de nacer. Estudios recientes sobre la relación entre el medio ambiente y la salud indican que en las ciudades francesas se registran cada año entre seis mil y nueve mil muertes prematuras debido a la contaminación atmosférica y que alrededor de una sexta parte de la carga total de mortalidad y morbilidad en niños puede atribuirse a factores medioambientales”.(P 1: plan.rtf - 1:11 (17:17))

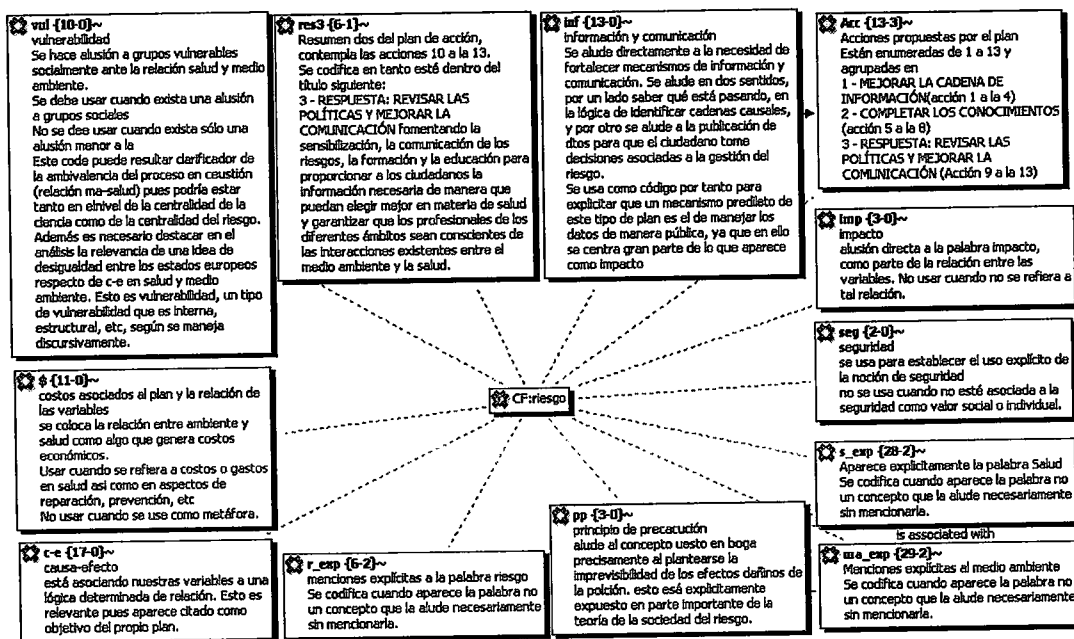
Ante la vulnerabilidad total aparecen los estudios científicos como una resolución aunque parcial viable y confiable. Se puede ver aquí cómo opera la noción de individualización, la posibilidad de relación de confianza se pierde pues ya no está al alcance de la relación personal, sino a través de la información mediada de los conocimientos científicos.

El mapa conceptual del riesgo (Network 3) en el Plan de acción europeo de medio ambiente y salud (2004-2010), contempla los códigos *imp*, *pp*, *acc*, *s_exp*, *ma_exp*, *seg*, *r_exp*, *res3*, *c-e*, *vul*, *\$* e *inf*. Todos ellos establecen relación de pertenencia con la idea de riesgo en el Plan.

En este caso la familia del riesgo está comandada por los códigos que encierran alguna dificultad sobre la cual el Plan se pronuncia en términos de acciones. Todas ellas están en relación con el riesgo ya que el plan define su objetivo político en función de resolver el riesgo, o mejor dicho gestionarlo. De hecho nuevamente el código de los costos asociados aparece como en las anteriores familias.

Network 3.

El riesgo en el Plan de acción europeo de medio ambiente y salud (2004-2010)



El plan se presenta entonces preocupado de la vulnerabilidad, el impacto y los efectos. El riesgo aparece entonces como objetivo político reflejado además por la vinculación con la noción de causa efecto.

Un ejemplo de esta relación la establece la siguiente cita:

“Gracias a la labor de investigación realizada tanto a escala nacional como de la Unión Europea ahora conocemos mejor algunas de las relaciones existentes entre agresores ambientales y salud, y hemos podido tomar medidas como, por ejemplo, eliminar el plomo de la gasolina. No obstante, las consecuencias sanitarias de varios riesgos ambientales son el resultado de interacciones complejas, que distan mucho de entenderse de forma adecuada”.(P 1: plan.rtf - 1:1 (21:21))

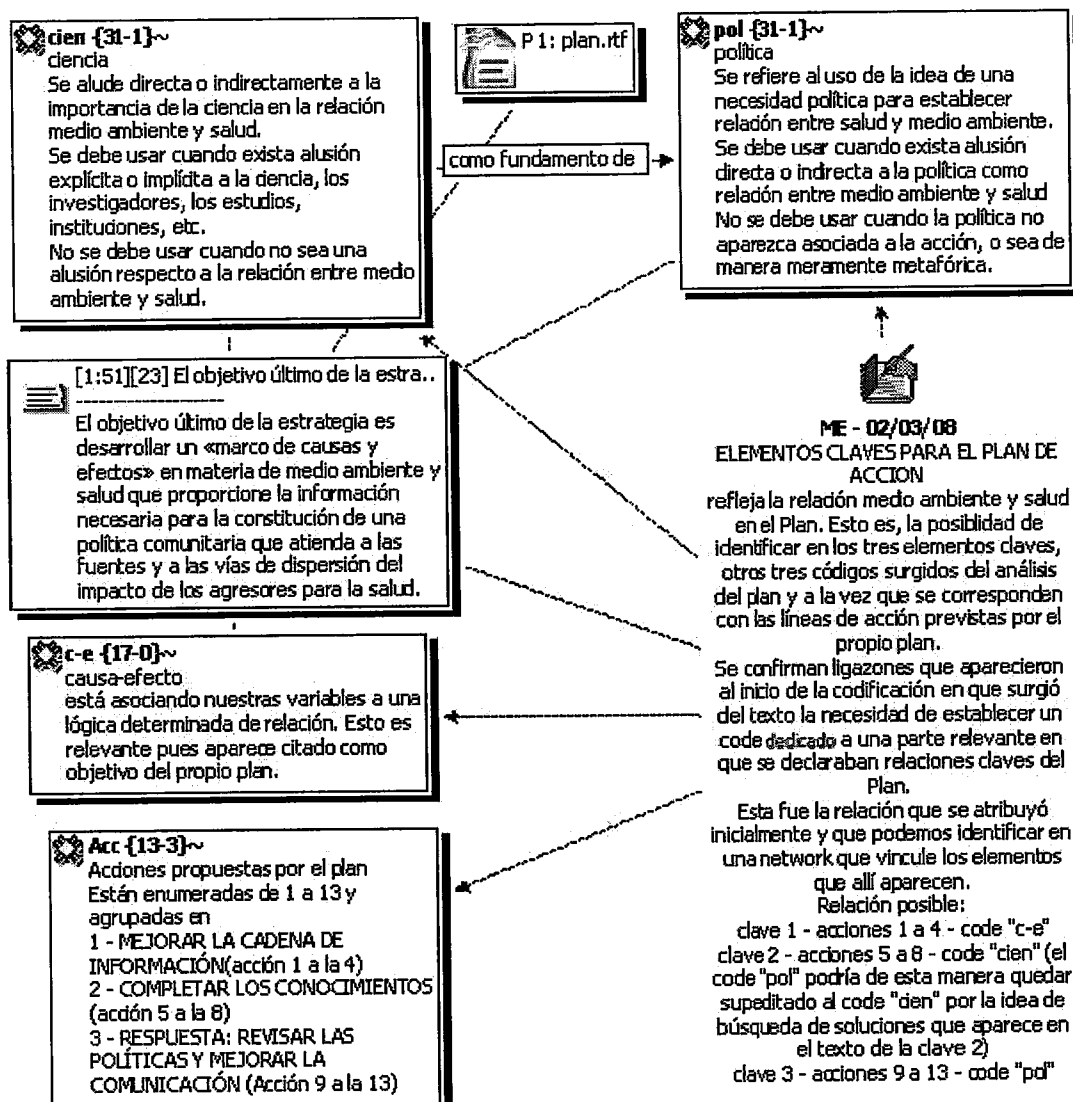
Por un lado se alude a la capacidad de anticiparse a los riesgos o resolverlos por la vía de gestionar ciertas condiciones de riesgo, se recuerda que esto es un tema de complejidad que amerita a la aplicabilidad de un plan de mayor envergadura. Se usa además como un concepto la noción de riesgos ambientales junto con la de agresores ambientales de la salud, en una lógica de establecer el conflicto central y los enemigos.

La network 4 viene a exponer una relación de temas claves en el Plan que se analiza.

Se alude directamente a cuatro códigos, *cien*, *pol*, *c-e* y *acc* que sólo aparece como referencia explicativa de lo que contiene el memo ME-02/03/08. Además se incorpora una relación entre los códigos de ciencia y política en que la ciencia aparece como fundamento de la política que en este caso se refiere directamente al diseño del plan en cuestión. Se incorpora la referencia al documento primario del Plan y a una cita sacada de él que aparece codificada tanto en ciencia, como en política y en causa-efecto.

Network 4.

La relación entre salud y medio ambiente en el Plan de acción europeo de medio ambiente y salud (2004-2010)



En primer lugar es necesario explicar que la relación de fundamento entre ciencia y política como la observamos en la etapa previa de análisis por familias, permite acercarse a una idea de que no se construye al azar esta relación en el plan. Es la relación re-concebida en función de dar coherencia interna a una argumentación donde, como veíamos, el determinismo sigue funcionando respecto del medio ambiente.

Un aspecto importante es notar que el memo ME-02/03/08 *Elementos claves para el plan de acción*, relata cómo surge desde la primera etapa de codificación una cierta correlación entre las acciones del Plan y sus agrupamientos. Por ello aparecen los tres códigos principales: *ciencia, política y causa-efecto*

Los códigos ciencia y política se unen a causa-efecto a través de las claves de las agrupaciones de acciones del plan. Las acciones contempladas en la clave uno, vale decir “Mejorar la cadena de información para comprender los vínculos existentes entre fuentes de contaminación y efectos sanitarios (acciones 1-4)” se refiere directamente a la necesidad de establecer un sistema de seguimiento, con los costos asociados, para mantener un flujo de input a la segunda clave. El tipo de info que surge de esta primera parte es una serie de relaciones de causa-efecto como en el propio plan está explicitado. Como ejemplo aparece la cita del mapa conceptual.

En la segunda clave “Completar los conocimientos reforzando la investigación y buscando soluciones a los nuevos problemas que se plantean en materia de medio ambiente y salud (acciones 5-8)”, la información sobre causa-efecto es fundamento de la ciencia y por extensión de la política.

Finalmente en la tercera clave, la política está en plenitud, “Revisar las políticas y mejorar la comunicación (acciones 9-13)”, cumpliendo un rol supeditado a la ciencia en tanto sirve de mediadora y de promotora comunicacional de las anteriores etapas.

Bajo esta lógica, el Plan es coherente, pero podemos sostener ahora que la centralidad y el poder de decidir sobre qué se hace política, está en la ciencia. Además, se puede sostener que para ello se sigue la lógica directa de causa-efecto, lo que podemos identificar con el determinismo ambiental. La búsqueda de causas declarada, es potencial y no se aseguran condiciones de resultado.

En conclusión la relación que establece el Plan respecto de medio ambiente y salud, es una versión actual del determinismo biológico que fue teóricamente cuestionado en el siglo XX. La relación causa-efecto, es la reacción inicial al riesgo, es una reacción moderna, es la posibilidad de identificar los males aunque ya no existe posibilidad de gestión individual de ellos.

CAPITULO 5 ANÁLISIS DE ENTREVISTAS A EXPERTOS SOBRE MEDIO AMBIENTE Y SALUD EN EUROPA.

Con el fin de confrontar categorías analíticas de la relación entre medio ambiente y salud, se desarrollaron ocho entrevistas en profundidad a expertos de diversas áreas en España (3) y Portugal (5). Se priorizó por la diversidad de experiencias y áreas de trabajo, así como por la posibilidad de dialogar personalmente en base al conocimiento previo de parte de los trabajos científicos de los expertos. Para esto se optó por los siguientes perfiles específicos a los que corresponde cada uno de los entrevistados:

- Ex Subdirectora de Salud de Portugal, economista, experta en administración hospitalaria.
- Experta Área de medio ambiente del Instituto ISTAS de las Comisiones Obreras – España.
- Ex-director del Centro de Estudios Ambientales de la Universidad Autónoma de Barcelona. Ha publicado texto sobre análisis geográfico de riesgos ambientales. Catedrático de Geografía Humana y Miembro del Instituto de Ciencia y Tecnología Ambientales de la Universidad Autónoma de Barcelona.
- Experta Unidad de salud ambiental Instituto de Medicina Preventiva, Universidad de Lisboa.
- Sociólogo, Instituto de Ciencias Sociales de la Universidad de Lisboa. Textos sobre biocapitalismo, sociedad del riesgo, salud ambiental, biotecnología.
- Sociólogo, publicación sobre sociología ambiental, Instituto de Ciencia y Tecnología Ambientales de la Universidad Autónoma de Barcelona. Experto de la Organización Mundial de Salud en el área ambiental en la década de 1980.
- Experta en Derecho internacional de aguas. Ha publicado textos sobre Riesgo ambiental, ciencia, salud ambiental, co-incineración. Instituto Superior de Ciências do Trabalho e da Empresa, Lisboa.
- Licenciado en historia, periodista científico, estudios de ingeniería, posgrado en Oxford en periodismo científico. Ha realizado seguimiento de casos

emblemáticos en Portugal. Texto publicado sobre controversias ambientales.

Se desarrolló con cada entrevistado o entrevistada un cuestionario en tres niveles que se adaptaron a los perfiles disciplinarios. Estos ítem buscaban responder a los siguientes tópicos:

- Vinculación entre salud y medio ambiente según su experiencia.
- Análisis de la actual relación entre medio ambiente y salud en Europa
- Vínculos profesionales o conceptuales, valoraciones y críticas sobre la teoría de la sociedad del riesgo.
- Perspectivas de futuro respecto de la relación entre medio ambiente y salud.

1. Codificación de entrevistas a expertos sobre medio ambiente y salud en Europa.

Esta etapa de la codificación se realizó de manera abierta, inductiva, incorporando luego las nociones conceptuales que finalmente forman una network mediante uso de herramienta digital Atlas-ti 5.0. La codificación fue realizada en base a ocho documentos primarios correspondientes a cada entrevista y de las cuales se seleccionó y clasificó citas y relaciones de citas en códigos.

El listado de los códigos seleccionados es el siguiente: *biopolítica, ciencia, crítica a la ciencia, crítica al mercado, crítica a la modernidad, incertidumbre, medio ambiente, mercado, modernidad, perfil, R: Más vale revelar y abrir, más que cerrar*. (Código en vivo), *salud y sociedad del riesgo ambiental*.

La Tabla 3 identifica en la primera columna los códigos (code) mediante los siguientes parámetros:

- Nombre: identificación para la investigación.
- Families (): cantidad y nombre de las agrupaciones libres llamadas familias, en este caso de códigos.
- Quotations: número de citas seleccionadas bajo el código
- Definición del Código: explicación del investigador acerca del sentido, uso, excepciones u otros elementos necesarios para el entendimiento del código.

A esta columna se agrega una columna en que aparece un fragmento de una de las citas seleccionadas bajo el código, a modo de ejemplo. Aparece para ello el documento primario al que corresponde, número de cita, número de párrafo y los códigos en los que fue incluida.

Tabla 3. Códigos de análisis de entrevistas a expertos sobre medio ambiente y salud en Europa	
Code, Nombre y Parámetros	Ejemplo de cita (quotation)
Nombre: biopolítica Families (1): dimensión crítica teórica de las variables Quotations: 18 Definición: Alusiones a la noción de biopolítica o bien argumentos que podrían identificarla como fundamento explicativo de la gobernanza en salud.	P 1: 1.rtf - 1:8 [Bueno y la salud es en el fond..] (16:16) Codes: [biopolítica] [salud] (...)Si tenemos mejores personas, más formadas que tengan comportamientos más saludables. Si tuviéramos personas que en su ambiente familiar, en su ambiente profesional en su ambiente habitacional persiguen principios que mejoren significativamente su bienestar, su ambiente, su calidad de vida, tenemos necesariamente personas más saludables (...)
Nombre: ciencia Families (2): crítica, ciencia Quotations: 15 Definición: alusiones a la ciencia o la idea de formadora de sentido de la ciencia moderna.	P 5: 5.rtf - 5:4 [Estamos confrontados en el mun..] (16:17) Codes: [ciencia] [crítica a la ciencia] [crítica a la modernidad] [crítica al mercado] [incertidumbre] [medio ambiente] [mercado] [modernidad] [salud] [sociedad del riesgo ambiental] (...) Estamos situados sobre el impacto de nuestras capacidades científicas y técnicas que están ligadas a los productos económicos y la producción de todo tipo de bien está asociado a la ciencia (...).
Nombre: crítica a la ciencia Families (2): crítica, ciencia Quotations: 27 Definición: crisis de la ciencia en tanto episteme y sus consecuencias. usar: cuando se refiera a la crítica de la ciencia o la técnica.	P 5: 5.rtf - 5:2 [Sí, en mis primeros estudios d..] (8:8) Codes: [crítica a la ciencia] [crítica a la modernidad] [incertidumbre] [salud] [sociedad del riesgo ambiental] (...)mis estudios de medicina y salud vienen de la secuencia de los estudios ambientales y está asociada a otra problemática que es respecto a la tecnología de base científica y tecnológica y los riesgos que la propia tecnología o la sociedad tecnológica inducen para el mundo social (...)
Nombre: crítica a la modernidad Families (2): crítica, modernidad Quotations: 18 Definición: Alusión a la crisis de la modernidad como sentido o progreso como concepto.	P 5: 5.rtf - 5:7 [Es una gran discusión. estaría..] (37:38) Codes: [crítica a la modernidad] [crítica al mercado] [incertidumbre] [medio ambiente] [mercado] [sociedad del riesgo ambiental] (...) estaría de acuerdo en decir que los proyectos clásicos de modernidad tuvieron un desarrollo que condujeron al exceso en ciertos campos y déficit de modernidad en otros campos.
Nombre: crítica al mercado Families (2): crítica, mercado Quotations: 30 Definición: Alusión a la crisis, respecto del mercado o la economía en general ya sea respecto de salud o de medio ambiente.	P 1: 1.rtf - 1:10 [Si sabemos todo eso por qué en..] (17:18) Codes: [crítica al mercado] [salud] (...) El desarrollo económico, ha generado una presión muy grande sobre las prestadoras en que no hay muchos grupos que se preocupen por la promoción de la salud, pero sí hay muchos grupos que se interesan por desarrollar, hacer crecer el mundo del medicamento, el mundo de la tecnología.(...).
Nombre: incertidumbre Families (1): dimensión práctica de las variables Quotations: 46 Definición: Alusión a la incertidumbre o fundamentación en ella. no usar: cuando se aluda a probabilidad y anticipación.	P 5: 5.rtf - 5:12 [:Exactamente, muchas veces los..] (70:70) Codes: [biopolítica] [ciencia] [crítica a la ciencia] [crítica a la modernidad] [crítica al mercado] [incertidumbre] [medio ambiente] [mercado] [modernidad] [salud] (...) se pasa por encima de las incertidumbres, por encima de la precaución, aceptan los riesgos, calculan la incertidumbre como si fuesen riesgos y no lo son. (...).

Nombre: medio ambiente Families (1): variables centrales Quotations: 43 Definición: Valoración del entrevistado o entrevistada respecto de las disciplinas o la temática del medio ambiente.	P 6: 6.rtf - 6:3 [P: Por lo tanto, una de las ce..] (7:9) Codes: [biopolítica] [crítica a la ciencia] [medio ambiente] [per] [salud] [sociedad del riesgo ambiental] (...) uno de los temas que me interesaba era intentar explicar pues las pautas de crecimiento de los nuevos movimientos o grupos ecologistas, ambientalistas. Entonces yo lo ligaba quizás de una forma un poco vulgar con cambios en la naturaleza de los problemas ambientales. (...)
Nombre: mercado Families (2): crítica, mercado Quotations: 23 Definición: alusiones directas al mercado o a la regulación positiva de este.	P 1: 1.rtf - 1:21 [La salud no es un mercado porq..] (54:54) Codes: [crítica al mercado] [salud] La salud no es un mercado porque introducimos evolución tecnológica y los resultados no equivalen a cualquier otro sector del mercado porque no conseguimos reducir costos, muchas veces los aumentamos.
Nombre: modernidad Families (2): crítica, modernidad Quotations: 5 Definición: alusiones a la modernidad como etapa histórica, así como concepto asociado a la ilustración, las expresiones sociohistóricas surgidas de la revolución tecno científica.	P 5: 5.rtf - 5:6 [La idea de que vivimos en una ..] (29:33) Codes: [ciencia] [crítica a la ciencia] [crítica a la modernidad] [crítica al mercado] [incertidumbre] [medio ambiente] [mercado] [modernidad] [salud] [sociedad del riesgo ambiental] (...) intenta articular diferentes problemas, los problemas del avance científico técnico con los problemas y las consecuencias de la modernidad. La fase tardía de la modernidad. (...)
Nombre: perfil Quotations: 13 Families (0) Definición: Autodefiniciones respecto del trabajo, estudios o áreas de interés.	P 5: 5.rtf - 5:1 [leí la Sociedad del riesgo y a..] (3:4) Codes: [ciencia] [incertidumbre] [medio ambiente] [per] [salud] [sociedad del riesgo ambiental] (...) leí la Sociedad del riesgo y al mismo tiempo estaba haciendo estudios ambientales en Portugal. Estudié varios conflictos ambientales (...).
Nombre: R: Más vale revelar y abrir, m.. Quotations: 1 Families (0) Código en vivo. Es una especie de conclusión basada en la idea de la sociedad de la transparencia versus la sociedad del riesgo.	P 7: 7.rtf - 7:13 [R: Más vale revelar y abrir, m..] (70:70) Codes: [R: Más vale revelar y abrir, m..] R: Más vale revelar y abrir, más que cerrar.
Nombre: salud Families (1): variables centrales Quotations: 76 Definición: Valoración del entrevistado o entrevistada respecto de las disciplinas de salud.	P 6: 6.rtf - 6:5 [R: Definiciones no sé, pero es..] (15:18) Codes: [biopolítica] [ciencia] [crítica a la ciencia] [medio ambiente] [salud] [sociedad del riesgo ambiental] (...) siempre ha existido en las ciencias de la salud, la visión muy medicalizada de las problemáticas en salud y que parte de la bala mágica o resolver los problemas desde una visión mecánica y en muchos casos, la revolución microbiológica. (...).
Nombre: sociedad del riesgo ambiental Families (1): dimensión crítica teórica de las variables Quotations: 44 Definición: Alusión a la teoría.	P 3: 3.rtf - 3:11 [Creo que hay una gran hipocres..] (40:40) Codes: [crítica a la modernidad] [sociedad del riesgo ambiental] (...) hay una gran hipocresía en estas cuestiones, construimos este gran enemigo exterior pero luego, a la hora de la verdad, resulta que no podemos actuar, hemos de actuar todos unidos y tal (...)

2. La incertidumbre como relación.

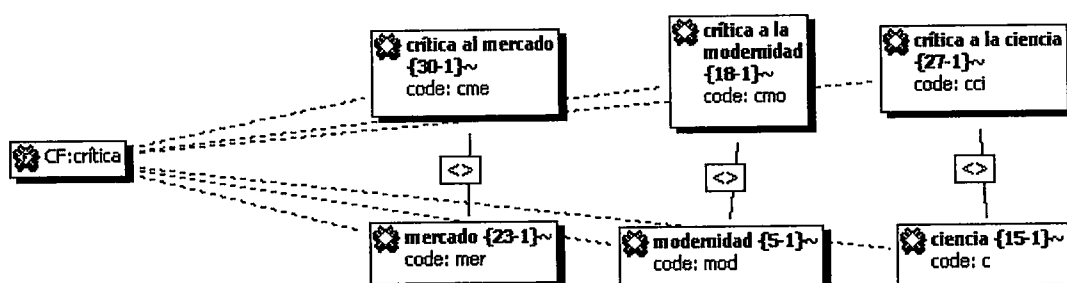
La codificación axial de los códigos expuestos permiten la construcción de una serie de niveles de análisis para las entrevistas a expertos, las que conforman la estructura del análisis que detallamos a continuación.

2.1 Crítica a la modernidad, la ciencia y el mercado

El primer nivel (network 5) está dado por la serie de argumentos generales sobre los cuales se basan las ideas críticas y propuestas surgidas de las entrevistas. Este nivel responde a áreas del conocimiento en que se puede identificar una crítica conceptual que define el contexto de este estudio.

Network 5

Nivel de crítica en el análisis de entrevistas a expertos sobre medio ambiente y salud en Europa.



La primera área es la ciencia (15 citas seleccionadas) y su crítica (27 citas seleccionadas). Esta crítica es por un lado de carácter epistemológico pero también es una crítica práctica con la que se encuentran los investigadores en su trabajo. Prueba de ello es la cita:

“En algunos de los proyectos que estamos desarrollando y que son limitados como área de estudio tenemos personas de otras áreas que cuando saben de los estudios nos cuestionan, por qué hacemos los estudios en una zona y no en otra. Un estudio que estamos haciendo de evaluación de incidencia de aborto espontáneo antes de que la gravidez sea clínicamente reconocida, estaba limitado

a la zona de Lisboa y a la región autónoma de Madeira. Nosotros recibimos porque hay varias maneras de divulgar este estudio y hay personas que tienen contacto con esos medios de divulgación y que nos telefonan y pregunta por qué no puedo estar en el estudio si yo quiero saber si el aborto que tengo está relacionado con cuestiones ambientales del sector donde yo vivo, por qué no puedo entrar en el estudio, personas individuales que nos cuestionan en estas materias. Esto nos hace sentir que hay aquí, inherente a la propia investigación, de índole poblacional, que hay una cierta creación de desigualdad que me preocupa”. (P 4: 4.rtf - 4:10 (54:55) Codes: [ciencia] [incertidumbre] [medio ambiente] [salud])

La segunda área que surge del análisis de las entrevistas es el mercado (23 citas seleccionadas) y su crítica (30 citas seleccionadas). Esta es una crítica que mezcla elementos de juicio económico y ético tanto respecto de la salud como del medio ambiente. Una de las citas seleccionadas así lo sugiere:

“(...)Hoy en día estamos en otra fase, tenemos una agencia de medio ambiente. El ejemplo de agencia más acabada es la AESA y comienza a ser analizada. Yo presenté un artículo que cuestiona esta concentración en Europa de la opinión científica, pone entre comillas esta cualificación de los peritos como independientes, objetivos y transparentes. En la práctica la Agencia Europea de seguridad alimentaria ha dado su opinión científica ante la Comisión muy basado en los estudios de las empresas. Por lo tanto la transparencia no es evidente” (P 7: 7.rtf - 7:9 (49:50) Codes:[crítica a la ciencia] [crítica a la modernidad] [crítica al mercado]).

La tercera área se expone como la modernidad (5 citas seleccionadas) y su crítica (18 citas seleccionadas). Si bien aparece muy esporádicamente una crítica explícita a la modernidad, podríamos decir que está en el centro de las dos críticas anteriores, ya que es una crítica de sentido de la idea de progreso de la sociedad occidental moderna. La siguiente cita complejiza este debate:

“La idea de que vivimos en una sociedad de riesgo no es de Beck,(...). Ahora, la

obra tiene méritos importantes, uno de ellos es dar nombre a cosas que eran sentidas y pensadas. En segundo lugar porque la noción está asociada mucho a la idea de incertidumbre, en tercer lugar porque intenta articular diferentes problemas, los problemas del avance científico técnico con los problemas y las consecuencias de la modernidad. La fase tardía de la modernidad”. (P 5: 5.rtf - 5:6 (29:33) Codes: [ciencia] [crítica a la ciencia] [crítica a la modernidad] [crítica al mercado] [incertidumbre] [medio ambiente] [mercado] [modernidad] [salud] [sociedad del riesgo ambiental])

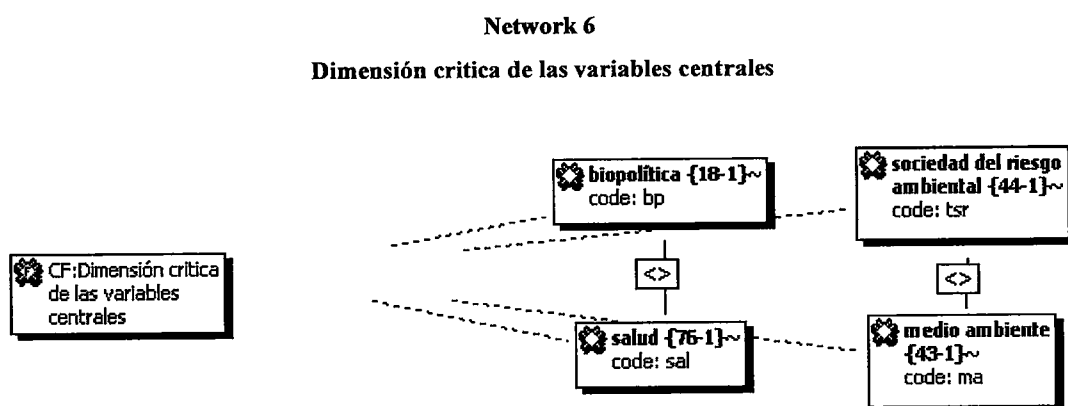
La unidad de las críticas expuestas puede apreciarse en la inclusión de conceptos que funcionan de manera común. El siguiente argumento expresa esa posibilidad:

“Muchas veces los científicos saben perfectamente pero en la medida en que la industria y los estados están dispuestos a financiar la ciencia, se pasa por encima de las incertidumbres, por encima de la precaución, aceptan los riesgos, calculan la incertidumbre como si fuesen riesgos y no lo son. La transformación de los productos científicos en productos comerciales es muy importante. El mundo en que vivimos con la promesa de la salud que es fundamental para ser ciudadano, quien no es saludable, difícilmente gana dinero, quien no gana dinero... Cualquier promesa de salud cauciona pasos arriesgados, audaces, inciertos. Más allá de eso, para extender la propiedad privada hay otros dominios, de los animales, de los órganos. Desde ese punto de vista la economía se transforma en bioeconomía, el capitalismo en biocapitalismo”. (P 5: 5.rtf – 5:12 (70:70) Codes: [biopolítica] [ciencia] [crítica a la ciencia] [crítica a la modernidad] [crítica al mercado] [incertidumbre] [medio ambiente] [mercado] [modernidad] [salud]).

En consecuencia, esta etapa inicial del análisis ya formula un desafío de complejidad para nuestras variables centrales ya que implica que no existiría una respuesta definitiva a un proceso que está en pleno desarrollo, a saber, la crítica como superación de los problemas surgidos en la modernidad occidental. Nuestras variables al ser analizadas pasan de ser temas específicos a ser expresión de la complejidad.

2.2 Las dimensiones de la biopolítica y la sociedad del riesgo ambiental.

El segundo nivel de análisis (network 6) es en el cual las dos variables centrales de nuestro estudio se ven confrontadas desde la biopolítica (salud) y el concepto de sociedad del riesgo ambiental (medio ambiente). Ambas son dimensiones críticas por contraposición a una versión positiva en salud y medio ambiente que llevaría a la promesa de salud perfecta o al determinismo, respectivamente. Además este nivel surge como expresión en nuestras variables del escenario anterior de crítica a la modernidad, la ciencia y el mercado.



La biopolítica (18 citas seleccionadas) define ante la salud (76 citas seleccionadas) la posibilidad de entenderla como problema de la modernidad. Los entrevistados se centran en la salud para desde allí hacer un análisis sobre cómo desde su labor o especialidad se puede entender su relevancia y criticidad a la vez. Si bien es un área central de la economía y de la política a nivel global, no está exenta de crisis, problemas de consensos y variaciones en los objetivos y metas. Como ya hemos visto en el análisis teórico del capítulo 1, podemos identificar dimensiones de la salud en sus instituciones, sistemas, gestión, tecnologías y promesas, entre otras. De allí que las citas seleccionadas en muchos casos mezclen tales dimensiones o la sumen como en el siguiente caso:

“(...) Esto es una tendencia que siempre ha existido en las ciencias de la salud, la visión muy medicalizada de las problemáticas en salud y que parte de la bala

mágica o resolver los problemas desde una visión mecánica y en muchos casos, la revolución microbiológica. Los estamentos médicos se apoyan mucho en eso para fortalecer su posición de poder ante los pacientes, los enfermos, las personas que padecen problemas de salud.

Pero, yo también creo que a partir de finales de los años 70 y sobretodo durante los ochenta, hubo un resurgir de la tradición salubrista en que hay una visión mas integral de la salud (...). Yo creo que movimientos como *promoción de la salud* son muy conscientes de la tradición salubrista del siglo XIX y anterior incluso, se puede hablar del paradigma hipocrático. Entonces, ellos son muy conscientes, insisten mucho en que los problemas de salud no se pueden explicar exclusivamente desde una perspectiva biológica, genética, etc. Entonces, creo que el redescubrimiento de las desigualdades en salud en el caso del “Black Report” de Inglaterra indica claramente que con un sistema sanitario universal que abarca toda la población no desaparecen las desigualdades. Todo lo contrario, en algunos casos aumentan y es debido a que lo que incide en salud es a grosso modo las circunstancias socioeconómicas de los diferentes colectivos y que, claro, la calidad de la vivienda, del medio, los años de escolarización, todo eso incide en la salud (...). (P 6: 6.rtf - 6:5 (15:18) Codes: [biopolítica] [ciencia] [crítica a la ciencia] [medio ambiente] [salud] [sociedad del riesgo ambiental])

Las implicaciones de una trayectoria de la salud en que es objeto de debate permanente influye así en su relación con el medio ambiente. El olvido de la desigualdad económica, de la propiedad y el poder sobre la fuerza laboral y su desempeño, permanecen desde los inicios de la salud pública como institución hasta las últimas décadas en que la perspectiva ecológica demanda transformaciones políticas. Esta perspectiva por sí sola no representa una transformación de un área que aparece institucionalizada por la modernidad, sin embargo por la vía de la crisis global, en temáticas de medio ambiente, la salud retoma el vínculo en el que se ve modificada a la vez que explica o busca respuestas a nivel de causa-efecto.

Podríamos atribuir este cambio a una complejización histórica tanto de la salud como del medio ambiente como conceptos que surgen para dar sentido a la subsistencia de la especie y resultan al ponerse en relación, demandados de manera crítica. Ante esa complejidad, es que el concepto de sociedad del riesgo cobra sentido, re-ordena y responde a una demanda ya sentida, a pesar de que se pueda atestiguar que no es del

todo original:

“(...) Otra de las cosas en las cuales no estoy de acuerdo con Beck es que nos simula un periodo diferente al pasado. Los riesgos ahora son más globales en lugar de ser más locales si tu quieres, pero si tu preguntas ahora a la gente o miras estadísticas, verás que la vida es mucho más segura que hace 100 años. Hace 100 años se moría mucha más gente que ahora de terremotos, inundaciones, epidemias, etc. Pero nuestra percepción también, (...) si se cruzan datos objetivos de esperanza de vida , bienestar, etc., con datos subjetivos de qué piensa la gente sobre su seguridad, normalmente la visión del futuro es muy negativa. En este sentido la sociedad del riesgo refleja también la inquietud que hay sobre el futuro (...)” (P 3: 3.rtf - 3:16 (58:58) Codes: [incertidumbre] [medio ambiente] [sociedad del riesgo ambiental]).

Las condiciones entonces en que nos enfrentamos a la relación entre salud y medio ambiente viene argumentada de manera crítica. Las consecuencias de este proceso es lo que analizamos para el plano de las prácticas que relacionan salud y medio ambiente.

2.3 La incertidumbre como experiencia en salud y medio ambiente.

Si bien, a nivel conceptual es ampliamente desarrollado el concepto de incertidumbre, a nivel de las prácticas que relacionan medio ambiente y salud lo encontramos siempre de manera implícita. En el caso del análisis de las entrevistas podemos identificarlo de manera más específica, lo que nos permitirá proponerlo en su dimensión práctica para el caso que sostiene la siguiente cita seleccionada:

“Nosotros en todas las incineradoras donde estamos trabajando tenemos un proyecto de evaluación de impacto psicosocial. Usamos un cuestionario con varias partes. Es un cuestionario que no es único, es un conjunto que tiene 3 partes. Pretendemos evaluar la autopercepción de la salud de las personas, el nivel global de la salud y la salud mental en términos de ansiedad y depresión y lo hacemos de forma en que no hablamos de la incineradora para no inducir respuestas. En la incineradora donde hay residuos hospitalarios, que está en la quinta de Brasil, en

el centro de Lisboa, tiene características muy particulares. Más por causa de esto, su ubicación geográfica, los efectos de lo que pueda emitir tiene un riesgo menor que la segunda circular o el aeropuerto. Por lo tanto tenemos que definir cuál es el porcentaje de riesgo que podemos atribuir a la incineradora en este paso de implicaciones de otras fuentes que no son la propia incineradora. Ahí también estamos haciendo una evaluación de impacto psicosocial y estamos utilizando además del cuestionario un análisis por paneles, por lo tanto con focus group que comenzamos hace poco tiempo y que ha sido un desafío interesante en esta línea de impacto psicosocial.” (P 4: 4.rtf - 4:8 (45:45) Codes: [biopolítica] [ciencia] [medio ambiente] [salud] [sociedad del riesgo ambiental])

En este tipo de estudios como el que menciona la cita anterior, el impacto psicosocial se basa en la idea de incertidumbre, ya que no busca como centralidad identificar el porcentaje de impacto de las incineradoras, mediante una medición biológica o química específica, sino que de la autopercepción. En el entendido de que se aplican cuestionarios y otras técnicas validadas formalmente por la ciencia, el espacio abierto a la subjetividad es suficiente para poder anticipar resultados que no poseen en sí mismos la especificidad que podría tener un estudio de prevalencia identificada a nivel estadístico.

La autopercepción, alude a otro tipo de perspectiva epistemológica. Se refiere a una dimensión en que la propia percepción es parte de la realidad, se refiere así, a una realidad construida. La misma entrevistada ya fue citada en este texto, en el apartado sobre la crítica a la ciencia (pp. 73-74), cuando menciona la producción de desigualdades inherente a la investigación científica.

La incertidumbre en términos prácticos para la relación de salud y medio ambiente tiene entonces una doble potencialidad. A saber, la de la validez de la subjetividad a través de la autopercepción validada científicamente y la de la demanda externa a la investigación científica que sostiene un imperativo de trato igualitario. Es en el fondo una demanda por la validez de la autopercepción sin límites geográficos, de población o temáticos.

Esta relación con la incertidumbre está también en la base del principio de precaución como hemos visto y que es refrendado como un logro sustancial de la política ambiental europea a pesar de su aplicación con restricciones:

"(...) Cuando el riesgo es muy similar a la incerteza o aparece la incerteza, no se lleva bien con la probabilidad estadística, o sea una posición de riesgo es una posición ligada a la prevención, una posición de incerteza es una posición ligada a la precaución". (P 5: 5.rtf - 5:9 (48:52) Codes: [crítica a la ciencia] [crítica a la modernidad] [crítica al mercado])

Esto es lo que incorpora el análisis realizado a las entrevistas a expertos, una relación posible de llevar a la práctica científica y de interpretar en sus consecuencias a nivel teórico. Para el presente análisis entonces podemos formar un mapa conceptual (network 7) que reúna lo expuesto en cuanto a niveles de análisis y en contenidos del análisis.

Esto se ve reflejado además en una demanda que aquí es seleccionada como código en vivo: "Más vale revelar y abrir, más que cerrar". (P 7: 7.rtf – 7:13 (70:70) Codes: [R: Más vale revelar y abrir, m..]).

Es una especie de conclusión basada en la idea de la sociedad de la transparencia versus la sociedad del riesgo en la que finaliza una argumentación crítica:

"Bueno, hay autores que están mudando de conceptos, Bauman habla del miedo, pienso que lo profundo de la noción de riesgo rebalsa hacia otros temas como respecto del terrorismo, etc. El concepto retrata una realidad, pero creo que el concepto es más interesante por lo que sugiere que por lo que dice la propia concepción de riesgo. (...)La sugerencia de refuerzos de procesos participativos, en el fondo hacer envolverse a la sociedad en la transparencia, en la apertura, (...)es lo que las personas quieren sobre todo cuando lo que está en causa en las sociedades actuales es un desarrollo tecnológico acelerado y secreto, porque en lo que pasa adentro de los laboratorios de las empresas nadie penetra. El gran poder hoy, en el cuadro de este mundo global acaba por estar en la mano de algunas empresas multinacionales. Las decisiones sobre la cuestión del petróleo son las multinacionales, los aspectos decisivos para las vidas de las personas están en manos ya no de los poderes políticos organizados en Estados sino de quienes tienen de facto el poder de producción. Y creo que en el futuro ese es el desafío y eso va más allá de cuestiones inmediatas de teorías como la del riesgo. (...) Ya no es la sociedad del riesgo, es la de la transparencia que cuestiona algunos principios o ideas que son dadas como el secreto industrial, el secreto comercial, la

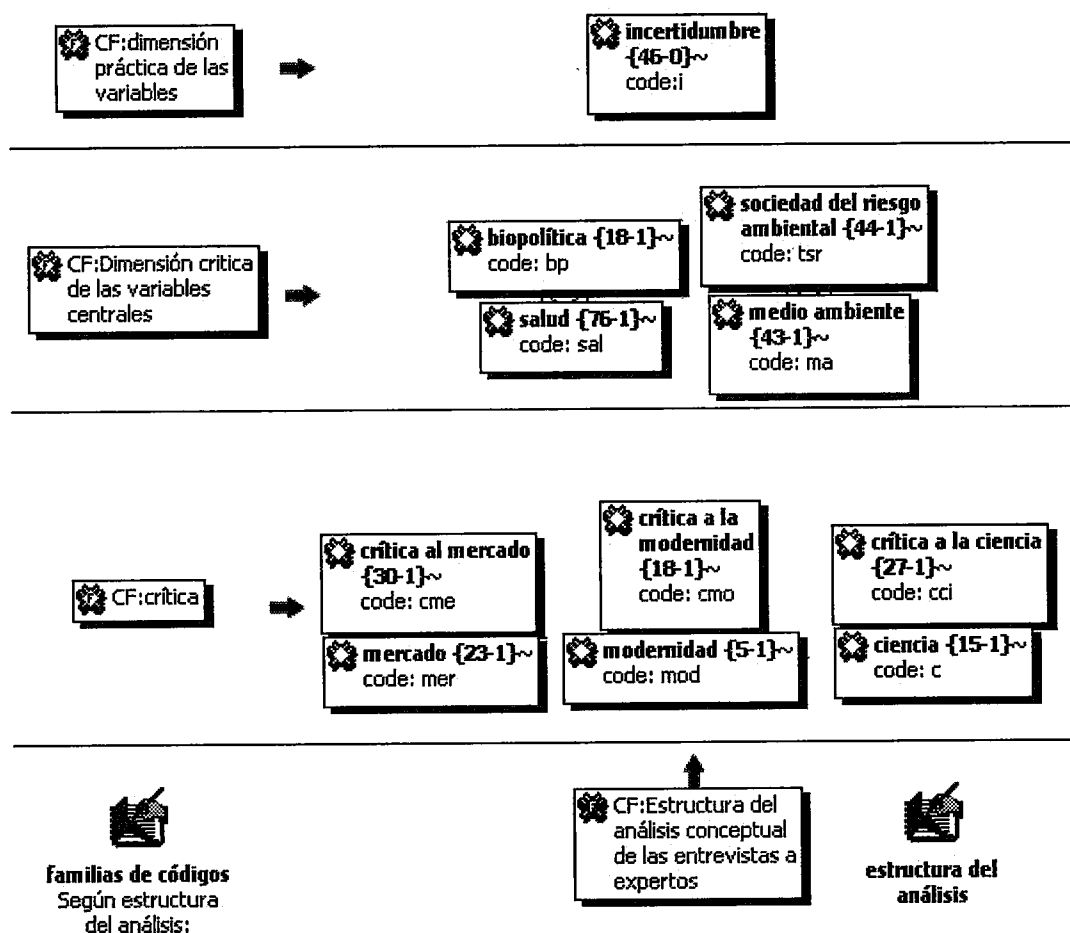
propiedad intelectual, esos conceptos propiedad y secreto, nadie los cuestiona” (P 7: 7.rtf - 7:12 (66:66) Codes: [crítica a la ciencia] [crítica a la modernidad] [crítica al mercado] [sociedad del riesgo ambiental]).

Esta alusión al espacio público, más allá de las instituciones tradicionales del Estado, sino como experiencia posible y necesaria de llevar a los niveles de la producción de conocimiento o el propio mercado, propone la idea de la sociedad de la transparencia como parte sustancial de una interpretación que use la teoría de la sociedad del riesgo pero que no quede prisionera de ella.

En este nivel, la dimensión ambiental es un recurso para la salud a nivel europeo, no sólo como experiencia de regulación normativa sino, y en especial como experiencia de hacer visible lo invisible. Esta máxima ya no será la de la tradición histórica de la medicina, sino más bien la de la experiencia de identificar la incertidumbre, identificar la necesidad de aplicación del principio de precaución y finalmente develar las conexiones del mercado como elemento de distorsión y no de regulación.

Network 7

Análisis conceptual de la relación entre salud y ambiente en la Unión Europea según entrevistas a expertos.



Nota explicativa: A la izquierda aparecen las familias de códigos (CF). Cada una representa una agrupación horizontal de códigos y un nivel del análisis que expone la network, ya sea crítica conceptual, dimensión crítica de las variables centrales o la dimensión práctica de las variables. La Familia en la base de la estructura representa una agrupación vertical de códigos que desembocan en la dimensión de la incertidumbre.

CAPITULO 6 CONCLUSIONES: DE LA SOCIEDAD DEL RIESGO A LA SOCIEDAD DE LA TRANSPARENCIA.

1. Individualización o Sociedad de la Transparencia.

Como hemos analizado, la sociedad del riesgo mundial en el espacio público deriva de la individualización creciente. Esta dimensión se ve acentuada por el mercado, por la ciencia y en general por el programa de la modernidad que especializa las controversias cuando aparecen como única forma válida de resolverlas. La propia teoría de la sociedad del riesgo ha sido redefinida como una teoría de la individualización, elemento que no ha sido observado con el interés que la noción de riesgo despierta. Ulrich Beck lo ha reconocido al sostener una teoría crítica de su *weltrisikogesellschaft*, sin embargo insiste en que el riesgo es la anticipación de la catástrofe.

A la par los demás autores revisados sobre el tema han asumido que la actualidad está definida por la incertidumbre, o lo que Beck reconoce como la condición humana de inicios del siglo XXI, los riesgos impronosticables. Vale decir que no hay espacio sino para la incertidumbre, por lo que la idea de una teoría del riesgo, se supera a sí misma cuando se ubica temporalmente, o lo que es lo mismo, no hay una temporalidad que pueda ser definida por el riesgo.

La pregunta por la aplicabilidad temporal, contemporánea de la teoría, sea cual sea, nos debe llevar a la definición operativa que utiliza la teoría para explicar lo que critica. Y entonces es allí que entendemos que no se trata del riesgo sino de la individualización, la que explica la crítica social que debemos ejercitar. Podemos concluir así que la noción de riesgo se remite a la incertidumbre pero es en el cuestionamiento de la individualización donde está la posibilidad de crítica social.

Si tenemos el concepto de individualización que da contenido a la realidad social de la incertidumbre, o es la respuesta moderna a la incertidumbre, asimismo revela una sociedad incapaz de resolver las consecuencias del triunfo de la modernidad, lo que nos falta es el horizonte normativo sobre el cual esta sociedad actual se vislumbra como viable.

A partir de allí es que se incorpora el concepto de Sociedad de la Transparencia que surge de las entrevistas a expertos. Coincidentemente, se revela esta demanda de transparencia frente a una sociedad en que el silencio no permite que las claridades sean operacionales, sino sólo teóricas. Es bastante más que una preocupación de tipo política por la corrupción o por la gobernanza. Es lo político en su amplitud lo que entra en juego y por lo tanto es la posibilidad de articular realidades la que necesita de la transparencia pues con el concepto de incertidumbre en lo social puede pasar como con el riesgo, restringirlo a especificidades, desconectarlas, aislar el sentido de la incertidumbre y proponer la gestión específica.

La sociedad de la transparencia es la posibilidad, el horizonte sobre el cual se puede afirmar que un problema de salud no es de salud, que uno de ambiente no es de ambiente, que la subsistencia de la especie es un tema que supera los campos y que demanda un nivel de aplicación de los principios en toda su amplitud, de otra manera, tal subsistencia será nuevamente la del refugio, la del bunker, la de los muros a falta de fronteras. La crítica desde el horizonte normativo de la sociedad de la transparencia incorpora la necesidad de la controversia. Bajo esta reflexión general es que podemos ingresar en un diseño de aplicabilidad de lo analizado.

2. Concepto de las relaciones de medio ambiente y salud en Europa.

A lo largo de este estudio hemos analizado cómo opera conceptualmente la relación entre medio ambiente y salud en Europa. Las condiciones de posibilidad de tal relación viene dada por la crítica conceptual a la modernidad, la ciencia y el mercado, así como por la dimensión crítica de las propias variables de salud y medio ambiente como hemos visto en la biopolítica y en el concepto de sociedad del riesgo ambiental. Los dos análisis realizados en conjunto con el debate conceptual de los capítulos 1 y 2 nos llevan a un desafío de ampliar la relación o proponer una redefinición.

Sin embargo, es necesario resaltar que la permanente dimensión crítica tanto en salud como en medio ambiente está en sus propias bases. De allí la relevancia de mantener en el análisis y en un esquema gráfico la criticidad de estas áreas del conocimiento. El núcleo central estaría asociado a lo que hemos analizado en los capítulos 1 y 2 en tanto expone las dimensión biopolítica respecto de la salud y la dimensión de la sociedad del riesgo respecto del medio ambiente (Ilustración 1).

En el caso de la Teoría de la Sociedad del Riesgo no sólo está desde la base sino que cruza los demás niveles a partir de la relación que hemos establecido con la incertidumbre, por lo que no se puede identificar de manera inmóvil.

En tanto, la Biopolítica nos advierte que cualquier concepto de salud tiene consecuencias éticas y sociales que no siempre aparecen declaradas y que pueden ser enjuiciadas críticamente. Cualquier concepto que se proponga como conclusión de este estudio debe plantear esa criticidad al ser instalado en el debate público.

Ilustración 1



Una ampliación de este núcleo de análisis nos lleva a los conceptos que surgen de lo estudiado, el mapa conceptual que se forma integra los resultados conceptuales más relevantes de cada capítulo que podrían confrontarse en pares de conceptos de la siguiente manera:

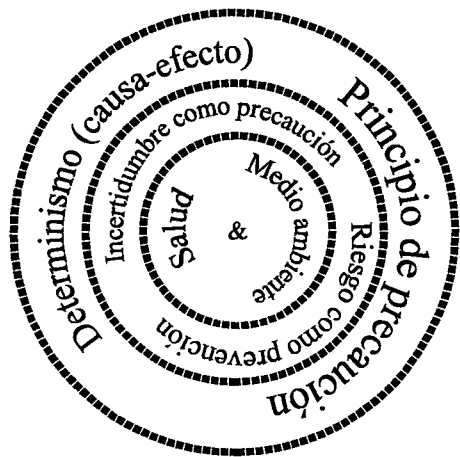
- *Riesgo* como prevención versus *Incertidumbre* como precaución.
- *Determinismo* (causa-efecto) versus *Principio de precaución*.

Estos elementos al confrontarse proponen una ligazón entre la condición ideal posible y la actualidad de la relación entre salud y medio ambiente en Europa. Esa perspectiva si la ubicamos como círculos concéntricos más o menos cercanos a un núcleo en el cual estaría la relación estudiada nos permitiría avanzar o ampliar la visión hacia las práxis. (Ilustración 2).

La incertidumbre abre paso a la precaución y el principio que es reconocido en Europa e incluso por la Organización Mundial de la Salud. Sin embargo, en términos prácticos o en términos de aplicabilidad, al colocarlo enfrentado a la idea determinista de causa-efecto, cuestiona la propia institucionalidad que el principio de precaución ha logrado en una versión restringida siempre a la decisión de concejos de expertos o

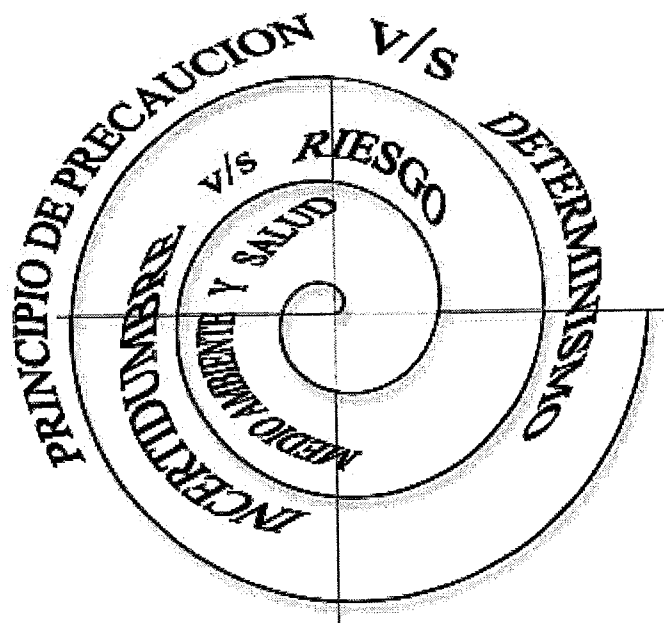
supeditada a la determinación de la causa-efecto en salud. El Plan de Acción en salud y medio ambiente de Europa (2004-2010) es una prueba clara de ello al definir precisamente esto como su objetivo primordial.

Ilustración 2



Por lo tanto, las proyecciones en Europa de esta relación deben ser pensadas como un mecanismo de articulación y de confrontación de las controversias. La oportunidad de Europa está en la confrontación de estos elementos que de ser círculos concéntricos se ven abiertos o proyectados por su dialéctica interna (Ilustración 3).

Ilustración 3



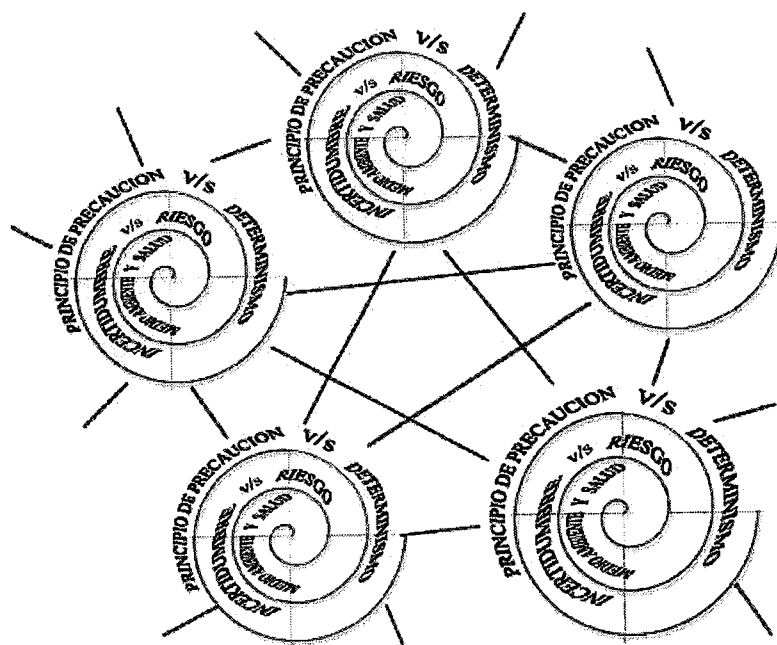
Esta unidad básica de la controversia de carácter doble en salud y medio ambiente puede ser susceptible de estudiar individualmente pero su estudio dejaría las decisiones en nuevos grupos específicos de expertos. Por lo tanto, será necesario abrir el análisis como se planteaba desde una perspectiva interdisciplinaria que está dispuesta a hacerse la pregunta por la posdisciplinariedad, como espacio de convergencia de controversias.

La demanda debe ampliarse entonces al nivel de la articulación de las controversias en salud y medio ambiente, mediante la formación de nodos más que de centros de investigación. Esta idea de articulación en sí misma podría ser un campo de estudio, por lo que en esta propuesta conceptual optamos por definirla de manera operativa en tanto líneas múltiples de relación entre controversias.

Por esto, la idea de concepto que explique la relación entre salud y medio ambiente en Europa debe ser un mapa conceptual (Ilustración 4) de:

Articulaciones de controversias que incorporan la demanda por el principio de precaución en su plenitud, como garantía de estabilidad de las relaciones complejas de la sociedad de la incertidumbre cuyo horizonte normativo se define por la transparencia y la movilización de nodos de trabajo postdisciplinarios.

Ilustración 4



3. Proyecciones para el estudio de las controversias en salud-ambiente

Si asociamos las dos conclusiones expuestas, la oportunidad en Europa a partir de la institucionalidad ambiental es superar la lógica del riesgo como prevención. Si bien la ciencia seguirá logrando descubrimientos y avances, eso no debiera ser la única manera de proyectar una acción común en una relación como la que se estudia. La incertidumbre como posibilidad de praxis en salud y medio ambiente nos lleva a una demanda por la sociedad de la transparencia en tanto espacio de sentido para la nueva relación, en tanto espacio ético. Vale decir, se abren un sinnúmero de demandas de elaboración en torno al estudio de esta controversia que en el entendido que posee movimiento permanente no constituye un objeto cerrado a lo social o lo biológico.

Cerramos esta propuesta conceptual con el concepto de controversia salud-ambiente que servirá provisoriamente para identificar un campo de proyecciones.

Las controversias salud-ambiente deben expresarse en áreas de análisis o campos problemas en los cuales la experiencia práctica se encuentre con la multiplicidad de voces de los nodos de análisis teóricos que puedan superar las fronteras geográficas y disciplinarias. El tipo de asunto entonces sobre los cuales se debiera avanzar a partir del concepto propuesto se relacionaría entre otros, a los siguientes:

- El análisis conceptual de la constitución de la sociedad de la transparencia como horizonte normativo.
- El análisis conceptual o teórico-práctico de las posibilidades de articular las controversias salud-ambiente en el contexto de la sociedad de la incertidumbre.
- El análisis de las condiciones del espacio público como escenario de controversias salud-ambientales.
- El Análisis de la participación de la institucionalidad europea en la constitución de controversias salud-ambientales a nivel global.
- El estudio de casos de controversias salud-ambientales en la historia y/o la actualidad.
- El diseño de políticas de diagnóstico o seguimiento de controversias salud-ambientales.
- El estudio de la dimensión psicosocial de las controversias salud-ambientales.

Finalmente, la posibilidad de que este análisis se constituya en una propuesta es también un desafío post textual, que depende de la vinculación que se demandaba en las primeras líneas de la introducción. La relación ya abierta entre ciencias sociales y de la salud, es un espacio concreto en el cual ya se está produciendo una articulación de conocimientos y una producción de ellos. El espacio del debate académico sobre salud y medio ambiente convoca así desde la urgencia de la situación global con el mismo ímpetu que lo hace el futuro donde las habilidades primordiales tendrán que ver con la renovación de las formas de pensar y de buscar respuestas.

Évora. Portugal, Julio 2008

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- Abdelmalek, A. e Gerard, J. (1999). *Ciências Humanas e cuidados de saúde*. Lisboa: Instituto Piaget.
- Aguilar, S. (1997). *El Reto del Medio Ambiente: Conflictos e intereses en la política medioambiental europea*. Madrid: Alianza.
- Arendt, H. (2001). *A condição humana*. Lisboa: Relógio D'água.
- Barros, J. (2002). Pensando o processo saúde doença: a que responde o modelo biomédico? *Saúde e Sociedade* 11(1), pp.67-84.
- Barros, P. (2006). *Economia da saúde: conceitos e comportamentos*. Coimbra: Almedina.
- Bauman, Z. (2001). *Comunidade a busca por segurança no mundo atual*. Rio de Janeiro: Jorge Zahar Editor Ltda.
- _____(2007). *Tiempos Líquidos: vivir en una época de incertidumbre*. Barcelona: Tusquets.
- Beck, U. (1986). *La sociedad del riesgo, hacia una nueva modernidad*. Barcelona: Paidós. (2006).
- _____(1988). *Políticas Ecológicas en la Edad del Riesgo: Antídotos, la irresponsabilidad organizada*. Barcelona: El Roure. (1998)
- _____(1996). Risk Society and the provident state. En S. Lash, B. Szerszynski & B. Wynne, (Eds.), *Risk, Environment & Modernity. Towards a New ecology* (pp. 27-43). London: Sage.
- _____(2006). Living in the world risk society: A Hobhouse Memorial Public Lecture given on Wednesday 15 February 2006 at the London School of Economics. *Economy and Society London*, 35 (3), 329-345
- _____(2007). *Viviendo la sociedad del riesgo*. Barcelona: CIDOB.
- _____(2008). *La sociedad del riesgo mundial: En busca de la seguridad perdida*. Barcelona: Paidós.
- Beck, U. y Beck-Gernsheim, E. (2003). *La Individualización*. Barcelona: Paidós.

- Beck, U.; Giddens, A. y Lash, S. (1994). *Modernización Reflexiva, Política, tradición y estética en el orden social moderno*. Madrid: Alianza Universidad.
- Beck-Gernsheim, E. (2000). Health and responsibility: from social change to technological change and vice-versa, in B. Adam, U. Beck e J. Van Loon (Eds.), *The Risk Society and Beyond. Critical Issues for Social Theory*, (pp. 122-135). Londres: Sage.
- Béresniak, A. e Duru, G. (1999). *Economia da saúde*. Lisboa: Climepsi.
- Bourdelaís, P. (2006). *Epidemics Laid Low: A History of Wh Happened in Rich Countries*. Baltimore: The Johns Hopkins University press.
- Caponi, S. (2006) Epistemología, historia de las ciencias y saber médico. *Episteme, Porto Alegre*, 11 (23) pp. 49-71.
- Carapinheiro, G. (2005). Do Bio-Poder ao Poder Médico. *Estudos do Século XX*, 5, pp. 383-398.
- Carson, R. (2001). *Primavera Silenciosa*. Barcelona: Crítica.
- Carvalho, M. (2002). A Medicina em História: A Medicina Hipocrática. *Revista Saúde Mental [online]*. IV (1) . Extraído el 1 de febrero de 2008 desde http://www.saude-mental.net/pdf/vol4_rev1_leituras2.pdf
- Chadwick, E. (1965). *Report on the sanitary condition of the labouring population of Gt. Britain*. Edinburgh: University Press.
- Charmaz, K. (2006). *Constructing Grounded Theory: A Practical Guide Through Qualitative Analysis*. London: Sage.
- Checkland & Checkland (Ed.) (1974). *The poor law report of 1834*, Harmondsworth, Penguin.
- Chivian, E. (1997). Global Environmental Degradation and Biodiversity Loss: Implications for Human Health. En F. Grifo y J. Rosenthal (Eds.), *Biodiversity and Human Health* (pp. 7-34). Washington D.C.: Island Press.
- Da Silva, A. (1999). Hipócrates e a Dessacralização do texto A Doença Sagrada. En M. Soares (Ed.) *Hipócrates e a Arte da medicina* (pp.135-154). Lisboa: Colibri
- Dawkins, R. (2002). *El Gen Egoísta*. Barcelona:Salvat.
- Doval, H. (2003). John Snow y la epidemia de cólera en Londres en 1854, *Revista*

argentina de cardiología, 71 (6), pp. 463-467.

Engel, G. (1977) The need for a new medical model: a challenge for biomedicine. *Science*. 196, pp. 129-136.

Ferreira, F. (1982). *Moderna Saúde Pública I*. Lisboa: Fundação Calouste Gulbenkian.

Filho, N. (2000). Qual o sentido do termo saúde? *Cad. Saúde Pública*, Rio de Janeiro, 16(2), pp.300-301.

Filho, N. (2005). Transdisciplinaridade e o Paradigma Pós-Disciplinar na Saúde *Saúde e Sociedade*, 14 (3), pp.30-50.

Foucault, M. (1976) *Historia de la sexualidad I: La voluntad de saber*. México: Siglo XXI Editores.

_____(1980). *Microfísica del poder*. Madrid: Las ediciones de la Piqueta.

_____(2000). La Gubernamentalidad. *Tareas, Revista del Centro de Estudios Latinoamericanos CELA*, Panamá, 106, pp. 5-25.

_____(2003). *El Nacimiento de la Clínica: una arqueología de la mirada médica*. Buenos Aires: Siglo XXI

_____(2007) *Nacimiento de la Biopolítica: curso en el College de France 1978-1979*. Buenos Aires: Fondo de Cultura Económica.

Freitas, C. (2003). Problemas ambientais, saúde coletiva e ciências sociais. *Ciênc. saúde coletiva Rio de Janeiro*. 8 (1) pp.137-150.

García, J. (2006) Biotecnología e biocapitalismo global. *Análise Social*, XLI (181), pp. 981-1009

Germán, C. (2005). Salud ambiental y ecológica. En Federación de Asociaciones para la Defensa de la Sanidad Pública (Eds.), *Globalización y Salud* (pp. 67-101). Madrid: Federación de Asociaciones para la Defensa de la Sanidad Pública.

Glaser, B. & Strauss, A. (1967). *The discovery of grounded theory*. Chicago: Aldine.

Goldsmith, E. (1995). *O Desafio Ecológico*. Lisboa: Instituto Piaget.

Gonçalves, M. (Ed.) (2000). *Cultura Científica e Participação Pública*. Oeiras: Celta Editora.

Guattari, F. (1996). *Las tres ecologías*. Valencia: Pre-textos.

- Hamlin, Ch. (1998). *Public Health and Social Justice in the Age of Chadwick, Britain, 1800 – 1854*, Cambridge: Cambridge University Press.
- Haraway, D. (1995). *Ciencia, cyborgs y mujeres: la reinvención de la naturaleza*, Madrid: Cátedra.
- Hazard, P. (1971). *Crise da Consciência Europeia: a marcha da humanidade*. Lisboa: Cosmos.
- Hipócrates. (1996). *Tratados Hipocráticos*. Madrid: Alianza.
- Hobsbawm, E. (2000). *En torno a los orígenes de la revolución industrial*. Madrid: Siglo XXI.
- Keller, D. & Golley, F. (Eds.). (2000) *The Philosophy of Ecology: From Science to Synthesis*. Athens: The University of Georgia Press.
- Kleinman, A. (1995) *Writing at the Margin, discourse between Anthropology and Medicine*. California: University of California Press.
- Lakatos, I. (1989). *La metodología de los programas de investigación científica*. Madrid: Alianza Universidad.
- Lemkov, L. (2002). *Sociología Ambiental: Pensamiento socioambiental y ecología social del riesgo*. Barcelona: Icaria.
- Lewontin, R. (1998a). *A tripla hélice: Gene-Organismo-Ambiente*. Lisboa: Edições 70.
- _____(1998b). *Biologia como ideologia: a doutrina do ADN*. Lisboa: Relógio D'água.
- Malthus, T. (1996). *Princípios de Economia Política e Considerações sobre sua Aplicação Prática: Ensaio sobre a População*. São Paulo: Nova Cultural.
- Marques, V. S. (2003). Globalisation, Risk and International Environmental Policy, *Actas dos IX Cursos Internacionais de Verão de Cascais 2002*, Câmara Municipal, Cascais, 4, pp.45 a 50.
- _____(2005). *Metamorfoses: Entre o Colapso e o Desenvolvimento Sustentável*, Mem Martins: Publicações Europa-América.
- Massoud, Z. (1992). *Terra Viva*. Lisboa: Instituto Piaget.
- Mateos, J. (2006). Nacimiento de la sanidad internacional, *Revista Española de Salud Pública*, 80 (6), pp.647-656

- Mckeown, T. (1990). *As origens da doença humana*. Lisboa: Caminho.
- Mendes, F. (2007). *Futuros Antecipados: Para uma sociologia do Risco Genético*. Porto:Afrontamento.
- Muñoz, J. (2005). *Análisis cualitativo de datos textuales con ATLAS.ti 5*. Barcelona: Universidad Autónoma de Barcelona.
- Nunes, E. (1992). As ciências sociais em saúde: reflexões sobre as origens e a construção de um campo de conhecimento. *Saúde e Sociedade*, 1: 59-84.
- Odum, E. (1972). *Ecología*. México: Nueva Editorial Interamericana.
- Ortega, F. (2003). Biopolíticas da saúde: reflexões a partir de Michel foucault, Agnes Heller e Hannah Arendt. *Comunic.,Saúde,Educ.*, 8 (14) pp.9-20.
- Oyarzún, C. (2006). Crisis ecológica global: El desarrollo de una nueva conciencia ambiental. *Periódico El Ciudadano*. Año II, n.35, Chile, p.30.
- Pereira, M. (1997). A Adesão aos regimes de tratamento na perspectiva do modelo biopsicossocial. *Psicologia, Teoría, Investigación e Prática, Centro de Estudos em Educação e Psicologia, Universidad de Minho*. 2, pp. 2009-216
- Pérez, C. (1998). *Sobre un concepto histórico de ciencia: de la epistemología actual a la dialéctica*, Santiago de Chile: Lom, Universidad Arcis.
- Petersen, A. & Lupton, D. (1996). *The New Public Health: health and self in the age of risk*, London: Sage Publications.
- Prigogine, I. (1996). *O fim das certezas*. Lisboa: Gradiva
- Ribeiro, J. (1998). *Psicologia e saúde*. Lisboa: Ispa
- Rodríguez, J. (2003). *La economía laboral en el periodo clásico de la historia del pensamiento económico*. Facultad de Ciencias Económicas y Empresariales, Universidad de Valladolid.
- Santos, B. (2003). *Um discurso sobre as ciências*. Porto:Afrontamento.
- Shah, P. & Mountain, D. (2007). The medical model is dead - long live the medical model. *British Journal of Psychiatry*, 191, pp. 375-377.
- Sloterdijk, P. (1996). *No Mesmo Barco: Ensaio sobre a hiperpolítica*. Lisboa: Século XXI.

- Soares, M. (1999). O “Triângulo Hipocrático”: Notas sobre o estatuto da Medicina. En M. Soares (Ed.) *Hipócrates e a Arte da medicina* (pp.63-89). Lisboa: Colibri
- Strauss, A. & Corbin, J. (1990). *Basics of qualitative research*. London: Sage.
- Tansley, A. (1935). The use and abuse of vegetational concepts and terms. *Ecology*, 16, pp. 284-307.
- _____(1995). Classification of Vegetation. En E. Goldsmith (Ed.) *O Desafio Ecológico*. (pp. 118-149) Lisboa: Instituto Piaget.
- Tunhas, P. (1999). Hipócrates e o pensamento da passagem. En M. Soares (Ed.) *Hipócrates e a Arte da medicina* (pp. 11-61). Lisboa: Colibri
- Vargas, F. (2005). “La contaminación ambiental como factor determinante de la salud”. *Rev. Esp. Salud Publica*. [online]. 79 (2) pp. 117-127. Extraído el 1 de febrero de 2008 desde http://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1135-57272005000200001&lng=pt&nrm=i
- Villafani, G. y Araujo, R. (1998). Hipócrates. *Revista del Instituto Médico Sucre*, LXIII, pp. 104-108.
- Wallerstein, I. (1999). *El moderno sistema mundial III*, Madrid: Siglo XXI
- Wittgenstein, L. (1990). *Da Certeza*. Lisboa: Edições 70

PUBLICACIONES DE INSTITUCIONES INTERNACIONALES

Comisión de las Comunidades Europeas (2002a, septiembre 23). Decisión

1786/2002/CE del Parlamento Europeo y del Consejo, por la que se adopta un programa de acción comunitario en el ámbito de la salud pública (2003-2008).

Extraído el 1 de Abril de 2008 desde

<http://europa.eu/scadplus/leg/es/cha/c11503b.htm>

Comisión de las Comunidades Europeas (2002b, junio 27). Decisión nº 1513/2002/CE

del Parlamento Europeo y del Consejo, relativa al sexto programa marco de la Comunidad Europea para acciones de investigación, desarrollo tecnológico y demostración, destinado a contribuir a la creación del Espacio Europeo de Investigación y a la innovación (2002-2006). Extraído el 1 de Abril de 2008

desde <http://europa.eu/scadplus/leg/es/lvb/i23012.htm>

Comisión de las Comunidades Europeas (2003, junio 11). Estrategia europea, en

materia de medio ambiente y salud [COM (2003) 338 final - no publicada en el Diario Oficial]. Extraído el 1 de Abril de 2008 desde

<http://europa.eu/scadplus/leg/es/lvb/l28133.htm>

Comisión de las Comunidades Europeas (2004, junio 9). Comunicación de la Comisión,

«Plan de acción europeo de medio ambiente y salud (2004-2010) [COM (2004) 416 - Diario Oficial C 49 de 28.2.2006] Extraído el 1 de Abril de 2008 desde

<http://eur-lex.europa.eu/LexUriServ/LexUriServ.do?>

[uri=COM:2004:0416:FIN:ES:DOC](http://eur-lex.europa.eu/LexUriServ/LexUriServ.do?uri=COM:2004:0416:FIN:ES:DOC)

Comisión de las Comunidades Europeas (2007, junio 11). Comunicación de la

Comisión al Consejo, al Parlamento Europeo y al Comité Económico y Social Europeo «Revisión intermedia del Plan de Acción Europeo sobre Medio Ambiente y Salud 2004-2010» COM(2007) 314 final. Extraído el 1 de Abril de 2008 desde

<http://eur-lex.europa.eu/LexUriServ/LexUriServ.do?>

[uri=COM:2007:0314:FIN:ES:DOC](http://eur-lex.europa.eu/LexUriServ/LexUriServ.do?uri=COM:2007:0314:FIN:ES:DOC)

Diario Oficial de la Unión Europea (2007) DECISIÓN N o 1350/2007/CE DEL

PARLAMENTO EUROPEO Y DEL CONSEJO de 23 de octubre de 2007 por la que se establece el segundo Programa de acción comunitaria en el ámbito de la salud (2008-2013) Extraído el 1 de Abril de 2008 desde <http://eur->

lex.europa.eu/LexUriServ/LexUriServ.do?uri=OJ:L:2007:301:0003:0013:ES:PDF

European Community (2005, febrero 17). Convention on access to information, public participation in decision-making and access to justice in environmental matters.

2005/370/EC of 17 February 2005 Extraído el 1 de Abril de 2008 desde

<http://europa.eu/scadplus/leg/en/lvb/l28056.htm>

European Public Health Alliance (EPHA) Annual Report 2006. Extraído el 1 de Abril de 2008 desde http://www.ephpa.org/IMG/pdf/Annual_report_2006_design_Final.pdf

Global Forum for Health Research. (2008). Forum 11 Report. Extraído el 1 de Abril de 2008 desde

http://www.globalforumhealth.org/filesupld/forum11/Forum11_Report.pdf

Health & Environment Alliance (2007) Health and Environment Primer.

Organización Panamericana de la Salud (1998). Atención primaria ambiental para el siglo XXI. *Revista Panamericana de Salud Publica*, 4 (4) Extraído el 1 de Abril de 2008 desde [http://www.scielosp.org/scielo.php?](http://www.scielosp.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1020-49891998001000020&lng=en&nrm=iso.doi:10.1590/S1020-49891998001000020)

[script=sci_arttext&pid=S1020-49891998001000020&lng=en&nrm=iso.doi:10.1590/S1020-49891998001000020](http://www.scielosp.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1020-49891998001000020&lng=en&nrm=iso.doi:10.1590/S1020-49891998001000020)

Organización de las Naciones Unidas (1992). Declaración de Río. Extraído el 1 de Abril de 2008 desde

<http://www.un.org/esa/sustdev/documents/agenda21/spanish/riodeclaration.htm>

Organización Mundial de la Salud (1958) *Los 10 primeros años de la Organización Mundial de la Salud*. Ginebra:Organización Mundial de la Salud

Organización Mundial de la Salud (2007) Informe sobre la salud en el mundo 2007: un porvenir más seguro Protección de la salud pública mundial en el siglo XXI.

Extraído el 1 de Abril de 2008 desde

http://www.who.int/entity/whr/2007/07_report_es.pdf

Special Eurobarometer (march 2008). Attitudes of European citizens towards the environment. Extraído el 1 de Abril de 2008 desde

http://ec.europa.eu/public_opinion/archives/ebs/ebs_295_en.pdf

The United Nations Economic Commission for Europe (UNECE) (1998, 25 June).

Convention on Access to Information, Public Participation in Decision-Making and Access to Justice in Environmental Matters. Danish. Extraído el 1 de Abril de 2008 desde <http://www.unece.org/env/pp/documents/cep43e.pdf>

